临证经验

吾师陈公潮祖翁，数十年来，教学不怠，笔耕不歇，临床不辍，有效地促进了理论与实践的紧密结合。正是这种结合，赋予了他极其生动活泼的临证思维。当他用这样的思维去解决那些人多叹莫能为的疑、难、顽、怪临床问题时，创造了不少拯危济困，起沉救死的奇迹，给我们留下了永久的思索和永远值得珍视的经验。当我们把这些经验汇集起来系统研究后，发现其最突出的特点约略有以下数端：

一、强调辨证辨病相结合

吾师临证，十分强调辨证论治。辨证论治是指导中医临床工作的灵魂，没有这样一具活的灵魂，中医整体观、恒动观思想就无法在医疗实践中得到生动体现。所以，中医临床一刻也不能脱离这个原则。

辨证本质上是从哲学的高度通过宏观现象去把握疾病这一事物的客观存在和演进规律。对于那些运用现代检验手段无法找到具体病因，而临床症状又客观存在的疾病，以及虽感染源明确，但对因治疗却久久无功的病症，辨证尤有特殊价值。无数临床事实证明，建立在“辨证”基础上

的因时、因地、因人、因证论治原则，确是最科学，最有效的治疗纲领。但由于历史的局限，辨证的总体认识，还是停留在宏观水平上，论治也就不可避免地存在一定模糊性。而建立在现代科学检测方法上的“辨病”，虽也不可否认地在某些方面表现出机械唯物的缺点，但同时也不可否认其对某些病变的认识具有具体、生动的优点。只有把二者紧密结合起来，才能做到既在宏观上把握其规律，又在微观上认识其特性，最终指导我们更精当地遣方用药和更准确地选择治疗点。无论中医、西医，在今天这样一个全方位深入认识世界、认识宇宙万物的时代，如果还把自己严密地封闭在一个狭窄的学术环境里，不去深刻检讨并不断克服自身的短处，冷静考查并充分吸收其它学科的长处，思维就要经常发生“短路”，认识也就要经常发生“偏盲”，这是知识结构不健全的表现。以这样的学力，中医何能明癥、瘕、痞块虚劳痿废及诸般脏器损伤之病理本质？西医何能在病因不明或对因治疗无效或机体功能失调类病症的诊治上找到正确出路？

【病案举例】

创伤感染

刘某，男，39岁，农民。1976年8月11日以创伤后化脓高烧40天就诊。

40天前，田间劳动时不慎将左脚背砸伤，未作清洗消毒，当晚伤口红肿疼痛，并伴恶寒。经大队合作医疗站清

创，内服抗菌消炎西药治疗3日无效。以伤口化脓伴高烧不退入住某市人民医院外科，诊为创伤感染继发脓毒血症，并查明具体病源体为绿脓杆菌。予大剂抗菌、抗炎及支持疗法治疗3周，体温仍持续在38℃～41℃之间，创口溃烂面积迅速扩大，颜色发黯，出现局部组织坏死倾向，拟从踝关节处切肢治疗，以控制病情进一步恶化。患者及其家属虑及肢残之后生计艰难，乃拒绝接受手术，既而转入某大型工厂职工医院继续保守治疗。又2周，病情不仅毫无改善，且患肢坏死已呈扩展蔓延趋势，该院建议高位切肢，以挽救垂危之生命，舍此别无选择。当手术方案再次遭到患者拒绝时，医院感到回天乏术，遂动员其转上级医院。此际患者已家贫如洗，无力异地求医，只好转入当地市中医院续治，侥幸一试。

询知患者发烧朝轻暮重，汗出而粘，胸闷脘痞纳呆，全身酸痛；观其左脚背已全部溃烂，上罩稠浊绿色脓液，拭去脓液后筋骨历历可数，其周边未溃组织颜色苍黯，形体消瘦，面色秽暗，舌绛，苔黄腻腐厚；审六脉滑数，重按无力。

诊断：创伤性脓疡。

辨证：湿毒久蕴，气血耗伤。

治法：除湿解毒，佐以益气养血。

方药：三仁汤合五味消毒饮化裁。

白蔻 10g	杏仁 10g	苡仁 50g
冬瓜仁 50g	厚朴 15g	法夏 10g
蒲公英 30g	银花 20g	野菊花 10g
紫花地丁 15g	丹皮 15g	鸡血藤 20g

泡参 30g　　　滑石 20g　　　甘草 10g

上方水煎服，每日 1 剂，频服。内服中药的同时，前两西医医院之西药治疗方案仍继续施行，并外用化腐生肌丹撒布创面。

通过上述三法并用的治疗，患者体温迅速下降，舌苔渐退，胃纳渐佳，创面分泌物渐减，1 周后，仅有低烧持续，创面有红活肉芽迅速生长，2 周后，体温正常，创面脓液已净，上罩干燥脓痂，痂下肉芽生长良好，3 周后痊愈出院。

按：①本案西医辨病精确，但却久治不能取胜，反有愈演愈烈之势，终致技穷，不得不求之伤残肢体的极端措施，在西医看来，病临此境，患者肢体断无保全之理。然面，正是在这样的严峻情势下，中医药却以看似最平淡的方法，实现了西医难以想象的圆满效果，给我们留下了回味无穷的思索。决定成败的关键因素是什么？是医学能不能从一个较高的视角，去全方位观察一个患病机体；能不能通过对生命的深刻理解，去思考一个活的机体将怎样适应自身内在的变化，又将怎样和周围世界发生极其微妙的联系。②中医学不知绿脓杆菌为何物，但却深刻把握了湿阻气滞这一机体反应状态特点，正是纠正了这一病理状态，机体对药物的反应性和自身抗病祛邪的积极性才充分调动起来。当然，也应当清醒地认识到，西药的抑菌杀菌作用，是帮助机体在严重感染的情况下与病邪抗争数十日的重要因素。就是最后的胜利，也可能与其在中药帮助下，机体内环境条件改变后，其抑菌杀菌作用倍增密切相关。③本案虽是局部创伤，但感染扩散后，则矛盾发展，病情亦由局部而延及整体，辨证当以神、形、色、脉为凭，这是从

整体着眼。当病情历久不愈时，还须从邪正双方的势力对比分析，这也是从整体着眼。患病之时，正当盛暑，施治用药，还得考虑时令特点，这仍然是从整体着眼。

本案为20年前毕业实习期间所目验，治疗经过艰难曲折，初历失败之巨大风险，终获成功之圆满结局。成功使人震撼，中医学的认识，立足高远，义蕴宏深，以人类所特有的灵感和理念，诠释了生命的奥秘，值得珍视。失败使人惊醒，虽然西医学的方法精巧绝伦，值得借鉴，但细细思索，总觉得还少了点什么……，只有在两种方法紧密结合，相辅而行时，医学的光辉才格外灿烂。

二、主张灵活化裁成方

吾师临证，选用医方时，不以经方、时方论尊卑，不以古方、新方分贵贱，而以切合病情为准则。并且主张灵活化裁。

执法而不拘方，是历代著名医家的共同特点，也是吾师的高明所在。有人以为，后世诸家的医方可作如是观，而独仲景方当属例外。这认识也是很偏颇的，仲景是人不是神，他的一方一法，也都从实践中得来，而非天赐仙传，他本人更是旗帜鲜明地反对“各承家技，终始顺旧”的僵化学风，在继承仲景学术遗产时，到底应该用什么态度去认识，去研究，去发扬，这确是一个值得严肃思考的问题！所有医方都是医生的临床经验结晶，每一个医方里，都包含着一具以辨论证治为核心的活泼灵魂，其创制时，可能是针对当时证情所设计的最佳结构，所搭配的药物用量间的

最佳比例。但世易、时易、人易，即便证性相同，其附加影响条件也绝难等同。用方时如不结合现实各种要素加以灵活化裁，只是机械照搬，则无异刻舟求剑，必然导致形似神非而经验不验。只有灵活化裁，才能使原作者的灵魂得以生动体现。只有生动体现这一灵魂，一切前人的经验才能真正重获生机，再现光辉。

【病案举例】

咳　血

范某，男，43岁。1973年10月22日以咳血半年就诊。

自述：半年前咳血住院，每次咳血量少则30ml～50ml，多则200ml～300ml，或一日数发，或数日一发，发无定时。咳血前有气息上涌，腥气上泛之感。经某地区医院诊为支气管扩张，治疗半年，收效甚微，于是转某医学院附属医院住院治疗。该院再一次确诊为支气管扩张出血。经治2周，效仍不佳，于是转求吾师诊治。询知脘痞胸闷，口苦心烦；观其舌绛，苔黄厚而腻；审六脉沉弦滑数。

诊断：咳血。

辨证：肝经湿热壅盛，木火刑金。

治法：清热除湿，凉肝止血。

方药：蒿芩清胆汤化裁。

青蒿30g　　黄芩10g　　青黛10g
陈皮10g　　半夏15g　　茯苓15g
甘草10g　　枳实10g　　竹茹10g

栀子 10g　　瓜壳 15g　　滑石 20g

芦根 30g

上方水煎服，每日 1 剂，渐服腻苔渐退，咳血渐少，至 5 剂尽而血止。

吾师分析指出：仅木火刑金所致咳血，即有阴虚、血热、痰火之别。此证一派湿热壅滞之象，显然属于痰火一类无疑。治此若单纯清热凉血止血，则湿浊愈闭，血可暂止而出血倾向不能从根本上得到纠正，甚至有可能愈演愈烈；若单纯燥湿清热，则出血现证难以控制。故当二者兼顾。此方实为蒿芩清胆汤合咳血方化裁而成。方中陈皮、半夏、茯苓、甘草、竹茹、枳实、瓜壳、滑石、芦根，宣肺降气，燥湿化痰，利湿泄浊；青蒿、黄芩、青黛、栀子，清热透邪，凉血止血。全方能使湿热上下分消其势。邪去、郁开、火散、血宁，这就从根本上消除了出血动因。

按：①此证脉沉是湿遏热伏，气机郁闭之象，切切不可以阳虚论！若误阳郁为阳虚，妄投温热，是火上浇油，祸不旋踵！②蒿芩清胆汤原方用碧玉散——青黛、滑石、甘草共 9g，青黛用量很轻。本案用至 10g，将治胆胃气分湿热的方剂改造为气血两清之剂，仅 1 药剂量调整，就扩大了该方应用范围，说明吾师用方不拘成法，具有很大灵活性和创新性。古方在他的实践过程中，又获得了新的生命力。

三、治实务要开张邪路

“实”指外邪伤犯机体，或机体内生实邪所致的实证及

虚实挟杂之证的邪实一面。对于这类病证的治疗，吾师强调务要开张邪路。

这与金代攻邪专家张从正的见解颇为相似，张氏所论“天之六气，风、暑、火、湿、燥、寒；地之六气，雾、露、雨、雹、冰、泥；人之六味，酸、苦、甘、辛、咸、淡。故天邪发病，多在乎上；地邪发病，多在乎下；人邪发病，多在乎中。此为发病之三也。处之者三，出之者亦三也。诸风寒之邪，结搏皮肤之间，藏于经络之内，留而不去，或发疼痛走注，麻痹不仁，及四肢肿痒拘挛，可汗而出之，风痰宿食，在膈或上脘，可涌而出之。寒湿固冷，热客下焦，在下之病，可泄而出之。”所强调的，也正是治实当以开张邪路为先。这是很有道理的。因为只有邪路畅通，才能使病邪迅速排出体外。凡邪实之证，也只有邪气迅速排出，才能尽快实现病情的缓解和机体的康复。倘若邪无出路，则必然导致闭而生变，如湿郁而黄，寒凝而痛，气郁而胀，痰结而肿，血瘀而坚等等，都是邪机闭阻而生出的种种病状的关键所在。因此，在治疗邪实之证时，或通大便，或利小便，或开肌腠、或宣肺气，遣方药用，都应事先考虑到邪气的出路，才是最科学与最有效的方案。也才能使医生深刻把握病情的后期发展转归和正确作出疗效判断。

【病案举例】

案1　便　血

沈某某，男，10岁，1995年5月17日以大便下血3月

就诊。家长代述：患儿肠道下血已3个多月，经某省级医院诊断为过敏性紫癜，住院西药治疗1月，疗效欠佳，今仍便中带血，每日2～3次。

询知身形恶寒，腹中时有微弱隐痛；观其面白无华，舌淡而润；察六脉弦细。

诊断：肠风便血。

辨证：风邪伤络，气虚邪恋。

治法：祛风佐以益气。

方药：局方消风散。

羌活 10g　　防风 10g　　荆芥 10g

薄荷 10g　　川芎 10g　　僵蚕 10g

蝉衣 10g　　厚朴 15g　　陈皮 10g

茯苓 15g　　人参 10g。

上方水煎服，每日1剂。连服3剂，便血即止。效不更方，二诊时，嘱原方续服6剂，2周后患儿父亲来告，便血未再复发。

吾师分析指出：此子面色无华又兼舌淡，显然不是血热妄行而属气不摄血之象，但由于过敏所致，故又非一般益气摄血方药所能胜任。西医之过敏性紫癜与中医之“肠风下血”颇似，此证为风邪郁于半表半里，外不得疏，内不得泄，从三焦内陷肠道，干及血络所致。局方消风散为治过敏性疾病的优秀代表方，诸如风丹、隐疹、瘙痒、眩晕，投之皆能获效。方中羌、防、荆、薄能散外人风邪；僵蚕、蝉衣息风解痉，可解膜腠挛急；陈皮、厚朴燥湿运脾而畅三焦气机；川芎活血调营以搜络中贼邪；人参益气以扶正托邪。全方共奏疏风益气止血之功，因而对本证有良

好治疗效果。

按：①以消风散治风邪内陷所致下血，扩大了本方应用范围。②以此方治过敏性紫癜之肠道出血，其辨证要点在形寒恶风，舌淡而润。③此方并无止血药，而反有活血之品，却能收止血效果，究其治疗原理，则在针对“风邪内郁”，这一中心病机，亦即西说之“过敏”施治，以开张邪路为基本原则，不计其余。邪气外达，则无内迫之患，不止血而血自止，不抗“敏”而“敏”自消。体现了治病求本的原则，确能发人深省。

案 2　风　丹

赵某，女，21 岁，1993 年 4 月 2 日风丹反复发作两年就诊。

自述：近两年多来，全身起“风疙瘩”，反复发作，每发成块成团，灼热瘙痒难忍，严重时头面团块密集如肿。曾服抗炎抗敏西药及凉血疏风止痒中药多剂，每次服药后团块即逐渐消退，但疗效不巩固，移时又发。今晨骑自行车外出办事，约 1 小时后返家，即又复发。

询知每次发作，均在受风遇冷之后，如月经期遭遇风冷则其发最剧，无口渴、便结、尿黄，查视其头面，四肢散在顶部苍白，四周淡红之团块，舌红，苔微黄、滑腻；审其六脉浮滑，

诊断：风丹。

辨证：气血不足，风寒郁表。

治法：祛风散寒，佐益气养血。

方药：消风散化裁。

羌活 12g	防风 15g	荆芥 15g
川芎 15g	厚朴 10g	茯苓 15g
人参 5g	陈皮 10g	紫苏 15g
藿香 15g	大枣 15g	生姜 10g

上方水煎服，每日 1 剂，连服 3 剂。二诊时，患者谓服前方 1 剂即块散痒消，但仍谨遵医嘱，服完 3 剂。服药期间小便清长，大便畅解呈条状，观其舌上腻苔已退，审六脉浮细无力，吾师判断其邪气已尽，表郁已解，但气血不足，表卫不固，故遇风冷则发。拟归脾汤化裁以善其后。

人参 10g	黄芪 30g	白术 15g
当归 5g	龙眼肉 10g	大枣 15g
白芍 15g	桂枝 10g	川芎 15g
生姜 10g	炙甘草 10g	

上方水煎服，2 日 1 剂，连服 5～10 剂。患者坚持服药 12 剂，至今未再复发。

按：①风丹色淡红，苔滑润，无口渴，尿黄、便结是本案辨证要点。遇风冷则发，经期发作尤甚，也是重要的辨证依据。②丹块灼热瘙痒是风寒外束，表气闭郁，营卫壅遏，邪正相争之象，不可误为风热温毒，更不可误为血热。风热当见口渴气热，苔黄乏津之征；血热当见唇舌绛红、丹色深红、心烦易怒之象。③风丹反复发作，历时数载，是正虚邪凑之象，故风丹退净后当益气养血，佐调和营卫以善其后，才能使气血充盛，营固于内，卫守于外，而邪无可乘之机，容留之所。④不可一见风丹、痒疹，便谓温毒、血热，妄投清热解毒，凉血滋阴之品，误用则更伤其正，更滞其邪。更不可把“治风先治血”孤立地理解为

“凉血”一法，活血、补血、温血皆在其中。

四、治杂病重在调理气血津液的盈虚通滞

吾师指出：气、血、津、液是脏腑功能活动的物质基础。其摄纳、生化、贮藏、调节、输泄，又有赖五脏六腑协同配合。二者之间有着不可分割的联系。因此，无论何种原因引起的脏腑功能失调，都会导致气血津液发生病理改变，出现盈、虚、通、滞的不同征象。而气血津液一旦发生盈虚通滞的病理改变，也同样可以导致脏腑功能失调。以气血津液之盈虚通滞的改变为中心病理环节的，杂病中尤为多见。故治杂病当重视调理气、血、津、液的盈、虚、通、滞。“气虚的补气，气散的敛气，气滞的行气，气逆的降气，气陷的升阳。血虚的补血，血瘀的活血，血溢的止血。津虚的润燥，滋阴；津壅的祛痰，涤饮，除湿，行水；津泄的敛汗固表，涩肠止泻，固肾缩便。胆液、胰液等虚损的，宜补之使充；过盛的，宜抑之使平；壅滞的，宜疏之使泄。精虚的宜补精，精闭的宜通精（指男子不能射精，女子不能排卵），精滑的宜固精”这正是吾师调理气、血、津、液治疗学思想的具体体现。临床实践证明，这一治疗学思想的正确运用，确能收到很好的疗效。

【病案举例】

案1　便　秘

某女性患者，51岁。1982年6月19日以大便秘结10余年就诊。

自述：大便，5～7日1次，艰涩难解，病程长达10余年。遍服中西药无效。观其面色萎黄，舌淡微胖苔滑润；询知四肢无力，余无所苦；审得六脉弦滑。

诊断：便秘。

辨证：阳虚湿滞，津液不布。

治法：补脾温肾，化气行水。

方药：五苓散。

桂枝20g　　白术20g　　猪苓15g

泽泻15g　　茯苓g

上方1剂未尽，大便日解2次，连服6剂，便解畅利，每日1次。嘱其3日1剂，续服6剂，此证未再复发。

吾师分析指出：便秘一证，无非3种基本病理，一是热灼津竭，当用承气汤、五仁丸、增液汤之类。二是水津不布，当用五苓散，小柴胡汤之类。三是传导无力，当用补中益气汤之类。今患者神、色、舌均无燥、热之象，知非寒下、温下、润下之所宜；又无滞、陷之征，亦非畅气，益气之所宜；其舌、脉均为水湿郁滞见证，故可断为肾之气化不及，浊阴闭阻，肠道津液不布之证，与水肿而兼便秘同理。用五苓散化气行水，令浊阴排泄，气化流行，肠道津液敷布，大便自然畅通。若只知五苓散治气化失常的泄泻，不知治气化不行的便秘，则是对《内径》“水精四布，五经并行”的道理尚未透彻理解。对“治病求本”原则亦

未真正掌握。

按：仲景用五苓散共9条。《伤寒论》6条都有消渴、烦渴、汗出而渴；渴欲饮水，水入即吐；心下痞，其人渴而口燥烦等证。其中有两条提出小便不利。《金匮》3条则治"小便不利，微热消渴"；"渴欲饮水，水入则吐"；"瘦人脐下有悸，吐诞沫而颠眩"等证。9条所治都是脾的运化不及，不能转输津液，肾的气化不及，不能化气行水引起的水液敷布失调。吾师根据《素问、经脉别论》"水精四布，五经并行"之论，提出便秘亦有因此种病机而发者，并开以五苓散治便秘之先例，可以说是根据病机施治的典范，最为发人深思。他所提出的便秘之三种基本病理，完全符合临床实际，对指导治疗有较大的现实意义。

案2　尿崩

顾某某，女，26岁。1994年5月13日以渴饮多尿就诊。

自述：口渴尿多，每日饮水2500ml以上，经当地中西医治疗数月无效，转来某省级医院住院治疗，西医诊为"尿崩症"。

询知心累气短，腰膝酸软疼痛；观其面容惨淡，形消骨立，舌淡苔薄润，切得六脉细数。

诊断：消渴。

辨证：阳虚湿郁，津不化气。

治法：益气温阳，利水除湿。

方药：春泽汤。

桂枝20g　　白术20g　　茯苓15g

猪苓 15g　　　泽泻 20g　　　人参 15g

上方水煎服，每日 1 剂。服药 3 剂后，尿量减半，效不更方，二诊时嘱原方续服。服至 9 剂时，尿量已趋正常，口渴也基本消除。嘱改服金匮肾气丸以善后。

五苓散本为治阳虚气化不行，水阻膀胱，小便不利，渴不欲饮之方，此证以渴饮多尿为主证，何以仍用此方？吾师分析指出：《素问·经脉别论》云："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行，合于四时阴阳，揆度以为常也"。阐明了水液在体内的升降出入，化贮布用，有赖脾之转输，肺之宣降，肾之气化。此证上渴下消，但并无燥热之象，反有阳虚气怯之征，故当从脾运障碍不能转输津液，肾阳受困不能化气行津角度分析病机，才能深刻把握此证病理本质。正是由于脾肾阳气不足，不能排浊用清，以致水津不布而直趋下走，发为上渴下消之证。五苓散虽为治小便不利之方，但功在化气行水，桂枝、白术是最重要的药物。桂枝助肾阳气化，白术转输脾津，恢复脾肾输津化气功能；人参大补元气，益气可以摄津，故对此上渴下消之证有效。

按：①证象相反，病机亦可相同，治病贵在谨察病机，把握病变本质，不能只看表面现象。吾师在对肾气丸进行方理分析时指出：仲景用肾气丸的五条就有小便不利，小便不通，小便反多的相反证象。用五苓散治尿崩，其理论依据也正是病机与小便不利之五苓散证同一。②五苓散中之二苓、泽泻在泄已聚之浊阴，浊阴一去，更有利于阳气的伸张舒展，流行化育，故不可少。更不可因其具渗利之

功而谓尿多不能应用。相反，这正是通因通用，以通为塞的优秀范例。

五、疑证重在辨伪识真

吾师指出：一切疑证，在诊治过程中，最关键的还是辨伪识真。

现代意义的疑证，所指有三个方面，一是寒、热、虚、实不典型，一时性质莫辨的病症；二是矛盾真相掩盖，假象反较突出的病症；三是通过现代理化检查，找不到确切病因的病症。对于第一类疑证，可用“诊断性治疗”去识真。寒热难明者，可先作热证治，万一有误，寒证误用寒药，两阴相加，反应迟缓，纵令邪机凝闭，亦不致陡然生变；倘作寒证治，万一有误，则热病误用热药，两阳相加，其变最速，祸不旋踵。虚实难明者，可先作虚证治，万一有误，实证进补，不过助邪，尚有开解之机；倘作实证治，万一有误，虚证受攻，正气竭绝，恐无挽回余地。通过这种诊断性治疗，大多可以揭其虚、实、寒、热之底蕴。这种诊断性治疗，是不得已而为之，西医也时有运用，甚至还有开颅开胸之诊，中医不必以探病为耻。但也绝不可以探病为由，胡乱用药，草菅人命！第二类疑证，吾师认为，详察舌、脉，可以去伪。因为这类疑证矛盾比较尖锐，真象难以尽掩。最能深刻反应脏腑强弱的是脉，最能敏感反应气血津液盈虚通滞的是舌。一般说来，脉洪数者，寒象是假，盛实者，虚证难真；舌胖润者，绝非实热，绛干者，不是虚寒……只要留心审察，定能透过蛛丝马迹的真象，洞

察其伪。还应充分运用现代检查手段通过辨病来帮助明确诊断。第三类疑证是西医之疑，中医诊断治疗均不必为其所拘，一以辨证论治为纲。总之，对所有疑证来说，都最忌置疑不究，盲目用药，寒、热、温、凉、补、泻、散、敛面面俱到，广络原野，以冀有得。这种做法，不仅使得证情进一步复杂化，而且使得治疗方向迷失，无论是对病家还是对医家，都是有害无益的。

【病案举例】

腰　痛

古某某，女，33岁。1994年8月23日以腰痛2月就诊。

自述：两个多月前，乘坐公共汽车外出旅游时，因路面凹凸不平，在突然受到一次剧烈颠簸时，顿觉腰部一闪，有触电样感觉瞬间即逝，腰骶部便生不适感。其后，渐觉疼痛绵绵，时轻时重，无休无止。X光片检查无异常发现。西医诊为腰肌劳损住院半月，接受西药、红外治疗无效。出院转求中医治疗，服药40余剂，仍无疗效。

询知腰骶部深处胀痛，尚可忍耐，饮食，二便如常；观其面色明润、精神状态良好，舌红润，苔薄白；腰部俯仰转侧轻度受限，叩击时有震痛；审六脉缓滑。

展示其前服中药处方，大约可分行气活血止痛，温经通络止痛，散寒祛风除湿，滋阴养血四类。每类服药均在5剂以上。其用药先后顺序亦如此处所列。

诊断：腰痛。

辨证：气虚血瘀。

治法：益气活血通络。

方药：补阳还五汤加味。

黄芪 50g　　当归 10g　　桃仁 12g

红花 10g　　赤芍 20g　　熟地 15g

地龙 15g　　乳香 5g　　没药 5g。

上方水煎服，每日 1 剂。连服 4 剂后，二诊时疼痛无改善，除舌根部见少许薄黄微腻苔外，余无异常发现。遂在辨证思路上另寻出路，改为"可疑性阳虚挟瘀"，方用真武汤加味：制附子 20g　炒白术 15g　白芍 20g　茯苓 20g　生姜 20g　淫羊藿 20g　补骨脂 15g　川芎 15g。前方水煎服，每日 1 剂，连服 3 剂，口唇生疮，大便燥结，腰痛如前。疑病有隐曲，嘱其去某医科大学附院检查。经磁震荡诊为左侧腰 3 处脊神经瘤，瘤体细小如粟，西医神经科、肿瘤科专家会诊认为，瘤体生于何时不得而知，平素漂浮椎管内脊液中，因受剧烈震动时发生嵌顿，瘤体受压产生疼痛。即在该院施行手术摘除，术后不久又向上逆行继发，在不得已的情况下又连续进行两次手术，治疗终告失败，半年后死亡。

按：①病发于闪挫损伤之后，前医从气滞血瘀入手论治，乃是正法正治。历久不愈，改从寒凝络阻，风寒湿合而为痹，精血亏损，腰府失养等角度辨证用药，虽是常法常方，却也思维细密，步骤谨严。由此可见，前医确是学有根底，并非庸碌之辈。然而毫不见效，已值得深思。②本病辨证依据极不充分，于是将发病原因和病程结合起来

考虑，因于损伤，则气滞血瘀不能排除，久久不愈，则正气不足，邪气滞着亦当虑及。前医实际上也考虑到了这个问题，故有温经活络，填精养血之治，只不过扶正的角度不同罢了。无论祛邪还是扶正，在缺乏充分辨证依据的情况下加以运用，都带有盲目性，试探性，都属诊断性治疗。故两诊之后仍无寸功，应引起高度警惕，乃建议采用现代科学方法进一步探查病本，以排除某些病变的存在，减少盲目性。③本病经现代科学检查，豁然明朗，虽救治失败，仍深刻说明此类无证可辨的特殊疑证的本质，单凭中医的诊断、辨证、辨疑等手段是难以查明的。不明病本，盲目施治，治必无功！失败之后也弄不清失败的原因何在？只好由糊涂始而糊涂终。此现代中医之大忌！

六、难证重在抓主要矛盾

难治之证大多矛盾错综交织，临床表现症象复杂，若各方兼顾，常彼此牵制，反为掣肘。吾师主张先抓主要矛盾，主要矛盾一经解除，次要矛盾多可不药而自化，纵令不能自化，治疗起来也容易措手了。

这是经验之谈，也是治疗难证的纲领性认识。因外感而致脏腑功能失调者，当先解其表，表证一去，则人与自然的协调平衡关系恢复，人体脏腑用精排浊的功能也随之得到恢复。因脏腑功能障碍而致邪气壅遏者，重在调其脏腑功能，脏腑功能恢复正常，气血津液运行无碍，壅开不难，邪散自易；无形之邪与有形之邪互结者，重在去其有形之邪，有形之邪，性多凝滞，去之则无形之邪自孤，气

血流动，转机立见；三焦受困者，重在调中焦以复津气转枢之机，津气流转，枢机不息，升降有序，上、下二焦易调；气血俱病者，实证当先行其血，血行则气自无碍；虚证应先补其气，气盛则血自易生；二便闭塞与它症俱见者，当先通二便以复其出入之机，出入复则神机运转，它症多可不治自消，纵令未消，调治亦易。总之，只要紧紧抓住主要矛盾，有效解决主要矛盾，难治之证多可化难为易，其复杂的病理层次也多可逐渐变得简单明了起来。

【病案举例】

案1　圆　癣

李某某，女，29岁。1992年7月4日以圆癣反复发作3年就诊。

自述：3年前春夏之交，颈部两侧散发团片状红色痒疹，初未经意，约半月后有钱币样癣斑形成，随之渐发渐多，延及四肢、胸腹。外用癣药水，内服凉血解毒祛风除湿中草药，住院接受西医药等治疗，百无一效，经患者介绍，从数百里外，专程来求吾师诊治。观患者全身红色癣斑大如钱币，斑斑相连，体无完肤，舌润，散在绛红点；询知红斑处皮下隐隐有刺痒感而不甚，便溏纳减，神疲心烦；审六脉沉细数。

诊断：圆癣。

辨证：脾肾阳虚，湿热郁滞。

治法：温阳益气，通络解毒。

方药：乌梅丸：

乌梅 30g　　蜀椒 3g　　细辛 5g

黄连 10g　　黄柏 10g　　干姜 10g

桂枝 10g　　人参 10g　　当归 10g

附片 10g（先煎 20 分钟）

上方水煎服，每日 1 剂，服药 1 周后，全身癣斑退尽。嘱其续服 1 周，以防复发。至今已 4 年余，该患者病情从未复发。

吾师分析：乌梅丸为治胆道蛔虫要方，业医者尽人皆知。其治正虚邪恋的久泻久痢，也是不少临床家所熟悉的。唯此方能治癣疾的作用却很少有人知晓。方中乌梅、川椒、黄连、黄柏都有较强的抑菌作用，其中乌梅尤有良好的抑制真菌作用；桂枝、细辛辛温走窜，通络开闭，从里逐邪透达于外；附子、干姜振奋脾肾之阳，人参、当归益气养血，共同鼓舞人体正气。正气充盛则邪无容留之地，脉络通畅则邪有外出之路，抑菌力专则邪无再生之理，故对癣疾也疗效甚佳。

按：①以乌梅丸治癣疾，不仅拓宽了该方应用范围，同时也为癣疾的治疗另辟了一条内治的途径。②以抑菌作用释解毒杀虫药，尤其是以抑制真菌作用释乌梅疗效，实予古方以新义，有助于对该方治癣作用的理解和分析。③扶正通络不仅有助固本逐邪，而且有助改善肤腠气血津液的营运布散，促进皮损修复或更新。④便溏、神疲、脉沉细为本案辨证要点。病属正虚邪恋，单纯祛邪，是见标而不见本，故治无必效之功。扶正祛邪，双管齐下，机体祛邪托毒能力被充分调动起来，对祛邪药物作用的反应敏感度

也大大提高，则治无不效之理。

案2　咳　血

汪某某，男，34岁，医生。1982年3月25日以咳血盗汗4月就诊。

自述：咳血伴潮热盗汗4月．自投滋阴凉血药数十剂无效，经X光片确诊为空洞型肺结核，住院接受西医抗痨止血治疗1月，仍咳血不减，转求陈老诊治。吾师询知其入夜烦热汗出而粘，呛咳咯血，咳则胁痛，口苦干呕；观其舌红苔黄腻；审六脉浮数。

诊断：肺痨咳血。

辨证：湿热郁蒸，木火刑金。

治法：清热利湿，平肝止血。

方药：蒿芩清胆汤化裁。

青蒿20g	黄芩15g	陈皮10g
法夏15g	茯苓30g	竹茹15g
枳实10g	甘草5g	青黛10g
滑石20g	龙骨30g	牡蛎30g

上方水煎服，每日1剂。连服4剂，热退苔化，汗收血止。嘱继续抗痨治疗。

按：①肺结核属中医之“传尸痨瘵”，又称“肺痨”。治肺痨咳血，常法多用滋阴抗痨，凉血止血，本案患者身为中医师，不以辨证求病机，而循成说觅良方，故用药无功。吾师以病机为根据，立法、遣方、用药，明知肺痨以水亏为本，用药仍不避其燥，是知疾病在不同阶段，或受其它因素影响，病机亦可发生较大差异，治疗亦当随病机而异，

辨证才是指导治疗的灵魂。②本案以汗出而粘，舌苔黄腻为辨证要点，病史虽亦为重要参考依据，但湿浊不去，旧病的治疗也必然受到严重影响，以治湿热为先的积极意义在于为肺痨的治疗创造了有利条件。否则，呆执养阴抗痨，势必愈补愈滞，咳血终不可止。③不通过现代医学手段的检查，就无法精确了解其为空洞型结核之病本，病本不明，西医之抗痨药物无从投入，不运用强有力的抗痨西药，本病就难以从根本上得到控制，暂止之血，仍有复出之机。更为严重的是，进行性消耗仍在持续发展，病至垂危亦难觉悟。不通过中医之辨证，则难以深刻把握机体现实反应状态，不及时纠正此种状态，咳血标证难以速解。标证不解，抗痨西药的效价也难以充分发挥。更为严重的是，此种标证随时可演变为暴发性大出血而危及生命。故治标亦寓救本之义。

七、重证当知标本缓急

重危之证，多正气大虚，或邪气盛极，病临险境，最易倾覆。吾师因而时常叮咛：当此之时，既要万分谨慎，仔细诊断、辨证，又要大胆用药，才能挽狂澜而扶将倾。吾师的叮咛告诉我们，治疗重证，首先必须分清何为病之本？何为病之标？而且还要分清孰缓孰急，只有这样，才能在确定治疗方案时分清主次先后，避免误诊误治造成医疗事故。

正气大虚者，急当固本，以留人治病。邪气盛极者，急当救标，标证不解，病情处于某种极端状态，其它一切治

疗方案都难以实施。所以，救标也是为继续治疗创造条件，在现代医学高度发达而又全面普及的今天，对于重危病症的治疗，应提倡中西两法并用，而不应相互排斥，以气虚所致的大失血证为例而论，凡失血超过 2000ml 者，气随血脱，若无西医之迅速补充血容量措施，病人处于休克状态，中医止血摄血之剂何从投人？且配制煎熬，费时延慢，又何从立续几微之气，但倘无中医之有效止血方法，对于这类出血，西医之凝血剂，三腔管、手术等方法都难以从根本上纠正潜在的出血机制，病情仍难稳定。只有两法并用，才能既与死神争夺时间，赢得续治的机会，又使病情从根本上得到好转，共创回生救死的奇迹。

对这个问题的认识，有两点值得提示：一是从治疗的全局看急则治标不是普遍原则，而是在某些特殊情况下，不得已而采用的权变方法。普遍的治疗原则只有一个，这就是《内经》所提出的："治病必求其本。"如肝血瘀阻的臌胀，不峻下逐水，其它治疗难以施行，但逐水之后还得从本论治，才能使已消之水免于再生。二是从急重证的治疗看，"缓则治本"也是相对而言，很多时候，急重证也只有通过治本才能缓急解困。如中寒气闭而致卒然腹痛，腹胀，欲呕不能，欲泻不得，病情急迫重困，无以复加，止呕、止痛、缓中、行气都无济于事，唯温中泄闭的治本之方，才能使寒散气通，诸证消失。

【病案举例】

呕血便血

盛某某，男，67岁。1995年8月14日以胃大出血特邀会诊。

其子代述：近20年来，患者常感脘部隐痛不适，经多次检查均诊为慢性浅表性胃炎。1周前又旧病复发，4天前解黑大便后继发昏仆，即入住某市医院。经西药、三腔二囊管、输血治疗4天仍出血不止，欲行手术治疗，经患者及其家属请求，先进中医药试验性治疗，暂缓手术，因而特激会诊。

检视病历：入院时无恶寒发热，脘腹部无牵涉痛，反跳痛，无腹肌紧张。既往无肝炎、肺结核、高血压、冠心病、外伤及手术史，无烟酒嗜好，X光片、心电图、B超示心、肺、肝、脾、胰、肾无异常……，唯胃脘部轻度压痛，诊断为慢性胃炎急性发作伴出血。用止血敏、甲氰咪胍、氨苄青霉素、维生素、三腔二囊管、输血治疗4天，先后输血4000ml，三腔二囊管压迫近7小时，仍呕血、便血交替发作。

询知脘痞欲呕，心季气短，纳呆口淡；观其形体微胖，面色苍白，神情淡漠，舌淡苔黄白相兼而水滑；细审六脉缓滑无力。

诊断：吐血、便血。

辨证：气虚血溢。

治法：益气摄血。

方药：补中益气汤加味。

升麻15g　　柴胡15g　　黄芪50g

当归 10g	红参 30g	白术 15g
陈皮 10g	陈棕炭 15g	血余炭 15g
炮姜炭 15g	炙甘草 10g	三七粉 10g
茯苓 30g		

上方水煎服，每日1剂，少量频服。药未尽剂，呕血便血即止，连服3剂，便中隐血已净。二诊时改投举元煎加血余炭。砂仁、法夏、神曲，又3剂，食欲增进。三诊时改投理中汤合当归补血汤连服5剂，精神，食欲大增，临床痊愈出院。嘱原方2日1剂，再服5剂。

按：①似此大失血之证，非西医之输血急救，何能苟延性命，以求续治？救急挽危之功不可没！持续出血百余小时，西医内治止血诸法失败，不得已而拟用手术止血时，中医药却能迅速收到巩固的无创伤止血效果，其整体调治的卓越疗效亦不可否认。是中西医结合共创了起死回生而又丝毫不破坏脏器实质的奇迹。②血上溢最忌升提，本案呕血频频，何以还用大剂补中益气？应当看到，本案既有血上溢，又有血下泄，是胃中出血量多，下泄不及，分走于上的表现，故不足为辨证依据，而当四诊合参以求其病机本质。本案患者之神、色、舌、脉所反映的都是气虚之象，气不摄血这一病机本质在四诊合参中已毕露无遗，故补中益气当为首选。在益气基础上佐以升提，更有助脏腑机能的迅速复苏，组织驰纵状态迅速改变，提高止血效果。似此元气大虚之证，止血最忌苦寒降泄，误投则气愈陷而阳愈微，脉失约束而愈驰，血失统摄而愈益，是医杀之也！③本病出血是标，气虚是本。出血多则气随血脱而死亡立至，故标证特急。中医药物炮炙煎熬，费时延慢，西医之

输血正可缓标证之急，以留人治病。气虚不复则出血终不可止，病情难以稳定，中药益气才是治本之道。

八、顽证当知出奇制胜

吾师指出：治疗顽证，不能循守常规常法，而应当选择新的视角去寻找新的突破口，才能于“山穷水尽疑无路”时，觅得“柳暗花明又一村”。

此所谓顽证，特指除不治之证和特异性慢性病外，那些经年累月，久治不愈的病症。这类患者，大多有过八方求医，四处觅药的复杂经历，一般常规辨证方法和常用方药以及常用剂量都反复运用过了，不能率尔以常法、常方、常量敷衍塞责，而应当考虑出奇制胜。但出奇制胜不等于为出奇而出奇，更不等于盲目标新立异。“奇”，也必须有自己的理论支撑点。这个支撑点的获得，很可能就是在对前期治疗的深人考查中。如前期辨证大方向无误，则应考虑治疗层次是否准确？同样是气虚，肾病治脾，则药力不达病所，无异隔靴搔痒；脾病治肾，又药力已过病所，同样搔不着痒处。当易位而治，此奇在人求其似而我求其真。如前期治疗层次无误，则应考虑选方是否最优？同样是治气虚易于感冒，玉屏风散自不如补中益气汤效验卓著，此奇在人求其平易，我求其用宏。同样是益气敛汗，补中益气汤自不如浓煎独参汤功力强大，此奇在人求其泛泛我求其力专。如前期选方无误，则应考虑选药是否最良？同样是用四君子汤，泡参、党参，自不如人参之效用卓著，此奇在人用寻常之兵，我用骁勇之将。如前期选药无误，则

应考虑药物间用量比列是否最佳？仲景用大黄、厚朴、枳实三药时，各药用量不同，主治也不尽相同，甚至连方名都迥然不同了。大黄4两、厚朴3两（炙）、枳实大者3枚（炙）时，名小承气汤，主治“下利谵语”[4]；大黄四两、厚朴8两、枳实5枚时，名厚朴三物汤，主治“痛而闭”；大黄6两、厚朴1尺、枳实4枚时，名厚朴大黄汤，主治“支饮胸满”。[6]由此可见，药物间的比例关系是至关重要的。各药用量是根据矛盾主从，标本缓急来确定的。用药不知因证定量，则治失标本，方乱君臣，效何由生？故当仔细斟酌，反复权衡。此奇在人失之粗疏草率，我得之精益求精。如前期之治，辨证、选方、用药、配伍比例均似允当，但却久治无功，则应考虑病有隐曲，辨证、治疗，均当另辟蹊径。如一时难辨，病非危急，亦可反其道而行之，以冀矛盾激化，真象显露。此奇在人循其常，我通其变。总之，对于顽固性病症的诊治，贵在知常达变。倘不知变通，继续重复别人已经走过的道路，只会越走偏离真理越远，是永远找不到光明的。

【病案举例】

案1　睾丸炎

吴某，男，38岁。1976年8月3日以睾丸肿痛就诊。

自述：10个月前做绝育结扎术，术后继发睾丸红肿，大如鸡卵，胀痛难忍。住院经西药治疗1月无效，出院后遍求中西医治疗，皆无大的变化。适逢吾师公干至此，应邀

会诊。

询知阴囊胀痛，痛引两腹股沟；诊视其局部红肿，触之较硬，其它未见异常。

诊断：睾丸炎。

辨证：络伤气滞。

治法：行气通络。

方药：木香蜈公散。

木香 10g　　蜈蚣 3 条　　黄酒 300g

将木香、蜈蚣共研为末，分为 3 份，每日 3 次，每次 1 份，用黄酒 100g 送下。连续服药 1 周后，肿痛全消出院。

吾师分析：肝经经脉络阴器，睾丸虽属于肾系，但与肝经经脉也有十分密切的联系。肝主身之筋膜，结扎术直接伤及筋膜，影响了肝气的畅通，气机不通则肿大疼痛，即《圣济总录》所谓："寒气客于经筋，足厥阴肝经经脉受邪，脉胀不通，邪结于睾卵"的卵胀。李某虽因结扎引起睾丸红肿，但"经脉不通"之病理实与《圣济总录》所论相同。木香蜈蚣散中，木香能升降诸气，蜈蚣活血通络，酒善温经走窜以行药力，3 药共奏行气通络之功。

按：①对创伤性疾病在神、形、舌、脉均无证可辨的情况下，舍整体而求之于局部，是变通之法而非舍本求末。局部损伤而未波及全身者，局部即是病本。局部不是孤立存在的，故通过局部亦可窥见其内在病机变化本质。同样是这个道理，通过整体调治亦可治疗局部病变。②此方是陈教授族兄陈继戎的经验方，向为治一切睾丸肿痛的不传之秘，吾师在《中医治法与方剂》中将其公诸于世，足见先生确实具有济世活人，学术无私等光辉品质。③本案看

似平平，但西医久治无功，中医无证可辨，要找到有效突破点并不是一件容易的事情。吾师从病因入手探求病机，从民间经验中发掘良方，这正是“入循其常，我通其变”的生动体现。他破除崇尚正统知识，鄙夷民间经验的成见，从民间经验中找到了开启这一“锈锁”的法宝，再一次有力的证明了一条永恒的真理——实践出真知。

案 2　腹　泻

李某某，男，42 岁。1994 年 4 月 2 日以腹泻 2 年就诊。自述 2 年前曾患感冒，愈后大便次数增多，每日 5～6 次，每天晨起，饭后、活动量较大时即欲入厕，急不可待。

询知脘腹不胀，便溏不清稀；观其舌质正常，舌苔薄白；细审脉缓而兼弦象。

诊断：慢性腹泻。

辨证：寒郁伤阳，津气不升。

治法：散寒开郁，提气升津。

方法：葛根汤。

葛根 40g　　麻黄 10g　　桂枝 15g

白芍 15g　　生姜 15g　　甘草 10g

大枣 20g。

上方水煎服，每日 1 剂。4 月 9 日再诊时，每日解便减至 2 次。效不更方，续服 3 剂，2 日 1 剂。两年腹泻，半月痊愈。

吾师分析指出：脘腹不胀，不是湿滞中焦升降失调的藿香正气散证；大便次数虽多但不清稀，不是脾不运湿，清浊不分的胃苓汤证；久泻而便无粘液，腹亦不痛，不是疫

邪侵犯胃肠，久病正虚而余邪未尽的乌梅丸证；急欲人厕但不后重，大便不稀，亦非肠滑失禁的真人养脏汤证。此证继发于感冒之后，属寒邪束表，津气出人受阻，由少阳三焦内归胃肠，津气陷而不升，内郁而不能外达，以致晨起、饭后、运动时，阳气发越，肠道蠕动增强即下趋为泻。此方葛根助其津气上升，麻、桂、生姜开解表卫气机，助其津气外达，以恢复其升降出人；枣、草、芍药缓气安中，可减缓肠道蠕动。全方体现了逆流挽舟，柔肝缓急法则。

按：①葛根汤出自《伤寒论》，特为“太阳与阳明合病，必自下利”而设，本案患者虽无表证可征，但继发于表证之后，吾师以此为辨证要点，揭出病机实质，以此方愈之，由此可以窥见，吾师学术经验多扎根《伤寒论》中。也进一步证实了治伤寒方亦可治杂病，其运用要点总在病机相符。②诊治疾病要细审津气出入升降，且须知出入与升降密不可分，出入不行，升降亦必废。因出入障碍而至升降紊乱者，调其出入则升降自复。③吾师以减缓肠道蠕动释白芍、大枣、甘草功效，不仅考虑到了津气升降出人，而且虑及了组织结构的驰张运动，可谓缜密无遗。④仲景葛根汤治寒郁伤阳，津气不升之腹泻，与喻昌之人参败毒散有异曲同功之妙。喻氏之方在散寒解郁，提气升津方面确能体现仲景学旨，且于益气扶正方面有卓越发挥，但柔肝缓急一端，却未及仲景方布局周密。⑤感冒继发腹泻，历月经年，久久不愈而成痼疾顽证者，并不少见，究其因，则一在患者正气虚衰，二在医者治疗不当。或清热利湿，或芳香化浊，或健脾行水，都丝毫没有触及问题的本质。此类泄泻是以寒郁气滞，表卫阳气不能伸张为矛盾焦点。人

体津气升降与出入密不可分，表卫阳气不伸则出入功能障碍，出入障碍则体内清阳不能布张而升降亦必紊乱，主要是升之不及。升不及则降必过，清浊并走于下，发为泄泻。寒郁气滞，表卫阳气不能伸张的病机一日不解，正常升降一日不能恢复，泄泻终不可止。治此散寒开郁，升阳达表，调其出入则升降自复，不利湿而湿自利，不止泻而自止。立意之奇，奇在人求其似，我求其真。

九、怪证当知守常不乱

疾病的临床表现十分复杂，变象万千。对于每一个临床医生来说，都时或可以见到一些闻所未闻的“怪证”，吾师主张临“怪”不乱。仍然运用常规方法去进行辨证施治，大多能揭其寒热虚实之底蕴，制订出有效的治疗方案来。

无论多怪的病证．其内在病理机制，总不外阴阳失衡，脏腑功能失调，气、血、津、液发生盈、虚、通、滞的异常改变。有诸内，必形诸外，一切怪诞病证，也都背离不了这种事物内外统一的基本规律。因此，其矛盾本质也必然通过形、色、舌、脉表现于外。只要运用四诊的方法认真检查，以严密的逻辑思维深入分析，以治疗常见病，多发病的原则去指导用药，便能诊断无误，辨证准确，治疗有效。最忌讳的是以“怪”应“怪”！因为盲目使用“怪招”，最容易使自己的思维混乱，“怪招”本身也最易脱离甚至背离中医理法，轻则延误治疗时机，扰乱其他续治医生的视听，重则、雪上加霜，火上浇油，造成无法弥补的损失。所以明代医学家张介宾在他的《景岳全书·论治

篇》中，谆谆告诫说："凡看病施治，贵乎精一，盖天下之病，变态虽多，其本则一，天下之方，活法虽多，对证则一。故凡治病之道，必确知为寒，则竞散其寒，确知为热，则竟清其热，一拔其本，诸证尽除矣。故《内经》曰：'治病必求其本'。是以凡诊病者，必须先探病本，然后用药，若见有未的，宁为稍待，再加详察。"可谓慎之又慎！这对于今天诊治怪证也是很有指导意义的。

【病案举例】

案1　腹　痛

魏某某，男，30岁。1976年10月18日就诊。自述：腹痛数年，十数日一发，发无定时，发作时腹中绞痛难忍，欲撕咬异物以助忍耐。一次病发时偶见家中木柜上有古钱一枚，急抓取放入口中，尽力咬嚼，不意铜钱立被咬破，进而嚼碎。伴随铜钱嚼碎，腹痛亦渐渐缓解。此后便四处收集铜钱，随身携带，以备腹痛发作时急需。也曾多方求医问药，但医皆不识为何病何证？无从措手。有以行气止痛药治之者，不效。言毕从衣袋中掏出一小纸包，展示为碎铜钱屑，谓为当天上午所咬碎。时吾师正带学生毕业实习，在场学生无不惊为异闻。

询知痛作欲死，痛止如常人，痛作可咬碎铜钱，痛止无力咬破；观其形体壮盛，舌红苔黄；审六脉弦滑。

诊断：腹痛。

辨证：肝经郁火。

治法：泻火解郁。

方药：大柴胡汤加味。

柴胡 15g	枳实 10g	黄芩 15g
法夏 15g	白芍 30g	大枣 15g
生姜 10g	大黄 10g	甘草 10g

上方水煎服，每日 1 剂。连服 3 剂后，腹泻 10 余次，疼痛未再复发。

吾师分析指出：患者发病前、后皆如常人且病程短暂，发作突然，可知本病的发生既非外邪相侵，亦非器质受损；发病前后皆无力咬破铜钱，唯病发时力倍于常，可知其非体质特异，而系咬肌高度紧张所致。参合舌、脉，可知其为痉挛性疼痛无疑。此证病位虽在胃肠而病机实关乎肝。肝主身之筋膜，五脏之道皆由肝系筋膜构成，肝木克土而呈腹痛，当是本病基本病机。以大柴胡汤泻其郁火则病根自除。

按：①本案确属怪异之证，粗看似无证可辨，细审则真情难遁，且真情就在痛发可以嚼铜，嚼铜可以止痛这一怪症之中。其人体壮脉弦，舌红苔黄，正是肝胆郁热之征，郁积日久，不得发越则暴张横逆，侮脾克土，骤攻胃肠，欲夺路以求伸达，胃肠受攻调节不及，发为腹中绞痛。剧力咬铜，则火势转为能量得以耗散，故病痛随愈。可见嚼铜怪症正是我们探求病机本质的重要突破口。②咬铜虽能暂缓火热之势，但不能拔其火热之根，故蓄积数日，其势又成，其症又发。大柴胡汤以柴胡，生姜发越郁积之气，黄芩、大黄、法夏、枳实泻热下气，釜底抽薪，拔其火热之根，使郁火上下分消以治其本；白芍、甘草、大枣柔肝缓

急，解肠道痉挛以治其标。其火热郁结病机遂得以从根本上消除，病无再发之理。③吾师从发病前后如常人，病发始能咬碎铜钱、病发急速，病程短暂等方面否定其非外邪所致，亦非器质损伤，而是胃肠痉挛所致，持之有据，言之成理，很有说服力。④本案反映了针对五脏经隧挛急施治的特点，也印证了先生在其所著《中医治法与方剂》中所提出的"解痉"这一治疗大法，确有较大的临床指导价值。⑤提出五脏经隧均由肝系筋膜构成，无论何脏经隧挛急都宜从肝施治，与《素问、脏气法时论》"肝苦急，急食甘以缓之"的治疗原则若合符节，加甘草即是这一理论的具体运用。

案2　腹　胀

李××，男，52岁。1978年2月23日就诊。自述：每日上午觉肚脐不断吸气，渐吸而腹亦渐胀，直至膨闷难忍，虽用长巾紧束腰腹亦无济于事。后半夜频频矢气，腹胀随之渐消。周而复始，每日必发，历时一年、苦不堪言。辗转求医，医皆不识为何病何证？盲目用药，百无一效。

吾师初以为患者故作无稽笑谈，后经患者反复剖白申言，始信其非妄，乃详为诊治。询知患者曾服行气宽中药多剂，症情反加重，余无所苦；观其面白无华，舌胖而淡，余无特殊发现。

诊断：间歇性腹胀。

辨证：阳气虚衰，表卫不固。

治法：温肾扶阳，益气固表。

方药：真武汤合当归补血汤加味。

制附子 30g（先煎 60 分钟）　炒白术 15g
茯苓 20g　白芍 10g　干姜 10g
当归 6g　黄芪 30g　五味子 10g

上方水煎服，每日 1 剂。连服 3 剂后，肚脐吸气感消失，腹胀亦随之而愈。

按：①本案“怪”在肚脐有“吸气感”，脐与外界并不相通，内亦不与肺脏相连，何得吸气？真是闻所未闻。此种症状确易一叶障目，蔽人视听。但值得注意的是，舌胖而淡，面白无华等反映阳气虚衰本质的蛛丝马迹也同时存在，诊断时切切不可忽略！②服行气宽中药症状加重，是气虚而用耗散，致愈散而愈虚，欲通而愈滞，这对辨证具有重要参考价值，可提示医者从逆向思维角度去探求病本。

上述两案生动说明了“怪证”只是表现形式离奇，并不等于其内在病机也因怪而丧失疾病基本规律而不可辨识，只要守定常规常法，以不变应万变，怪证的诊治并不十分困难。相反，倘若一临怪证，医生自己便先乱了方寸，不知以常制变，而刻意追求以怪应怪，最终必然导致诊治方案脱离中医理法，陷于荒诞古怪的困境而不能自拔。

十、特重肾命之阳，尤长补火益元

吾师指出：内伤杂病，阳虚者过半，因此，他在研治内伤杂病时，特别重视肾命之阳，尤其长于补火益元。不知扶阳者，是不知生命之本，不知补火者，是不知气化之根。

《素问·生气通天论》说：“阳气者，若天与日，失其

所则折寿而不彰，故天运当以日光明。”从男女交合，到生命的形成，到机体的成长，到精神意识的觉悟谋虑，到脏腑的功能发挥，到四肢百骸的运动，到五官的言、行、视、听，到气、血、津、精的化、贮、布、用，到水谷精微的吸收，糟粕的排泄，凡人体生命活动的进行，无一不是阳气作用的具体表现。人身阳气根植于肾精，发源于命门，循三焦运行全身，阴无阳不化，精无阳不成，血无阳不生，赵献可喻之为“走马灯”中之火，张景岳视之为人身之“大宝”，确为人体生命活动之原动力。倘若真阳竭绝，生机顿息。当今内伤杂病中，造成阳虚者过半这种病理倾向的原因有三，一是生活，二是医药，三是疾病本身。世人不懂得“夫精者，生之本也”的重要性，不知节欲保精，积精全神，而“以酒为浆，以妄为常，醉以人房，以欲竭其精，以耗散其真”，而令真阳亏损，此养生不慎所致也。自明清以降，热病之说昌行，本有羽翼伤寒之功，孰料临证运用，多偏执一端，滥用苦寒，致令虚寒病患者，又历雪上加霜之不幸，久而伤及真阳，此医误药误所致也。杂病多虚实相兼，矛盾交织、病程较长，五脏之伤，穷必及肾，无论所衰在何脏何腑或何种基础物质，日久必累及肾阴肾阳。阴亏者阳无由生，阳亏者阴无从化，阴阳互根，其盈虚总是紧密联系的．此杂病病理特点所致也。正是由于上述三个方面的影响，使得临床所见，阳痿早泄、宫冷不孕、肢体不温、二便清冷、筋骨痿软、心胸痛闷、腹胀纳呆、喘咳无力、气短自汗、痛经闭经、皖白虚胖、关节冷痛等与阳虚关系密切的病症比比皆是。人知阴精难成易亏，不知真阳易耗难生，补阴精者多，壮元阳者少，因而更使得阳虚

患者与日俱增。

阳气虚衰，人体气血津液必然气化不及，布运迟缓，甚至潴留停积，而生痰水瘀浊之变，成为内伤杂病的重要成因，也是内伤杂病的重要病机。要想对这类病症进行有效治疗，就必须从根本上纠正这一病理机制。其最精当、最强而有力的纠正措施，不是行气利水，不是破瘀荡浊，也不是宣肺涤痰，而是益火培元。命火旺则三焦元真充沛，气血流转，阴凝自散；元阳盛则脏腑强健，形骸坚劲，化育无穷，生机勃然。不化痰而痰自化，不蠲饮而饮自蠲，不行气而气自行，不散瘀而瘀自散，益火培元可以重新激活和最大限度地调动机体的排污去废和自我修复能力。吾师认为：只要医家正确运用本法，病家持之以恒，前述多种病症都能从根本上得到好转甚至彻底康复。

体现益火培元法的医方甚多，如内补丸、右归丸、右归饮、金匮肾气丸、参附汤、四逆汤、真武汤等等。吾师对上述各方均研究深刻，运用熟练，而尤以对真武汤的运用最为精妙。化裁四十余种，治病五十余证，半数以上是他个人的创造性发挥。如以此方为中心结构，加减化裁，治疗慢性气管炎、慢性肠炎、前列腺肥大，肥胖、阳虚感冒、遗精滑精……都是前人所不曾道及的（其具体内容参见“方剂学成就举隅”一文）。吾师在运用补火益元诸方时，补火特别重视和擅长对附子的运用。他指出：附子大辛大热，性质悍烈，作用迅猛，补火益元，力最雄峻。用救肢冷脉微、冷汗淋漓的亡阳虚脱之变，其功最著，其效最捷。它如腹泻腹胀，水肿、眩晕、肢体冷痛诸证，但属阳虚湿滞所致者，用之亦效如响应。吾师运用本品，常与姜同伍，欲

其温而散者用生姜，欲其温而燥者用干姜。制附子用量10～50g，均要求较其它药物先煎，每10g约先煎20分钟，先煎时间随药量变化而增减。益元特别重视和擅长对人参的运用。他说：人参大补元气，安五脏、益精神、兴肾阳，力大而性驯，效佳而又安全。用治短气喘促，大汗脉微之元气将脱重证，确有起死回生之功。它如纳呆口淡、自汗、怔忡、惊悸、健忘、失眠、阳萎、阴冷、神疲倦怠等症，运用本品亦有显著疗效。吾师运用本品，救脱常与附子同伍，一暖命门，一补元气，相得益彰，其力倍增。益元则多同紫河车、鹿角胶相配，取其精生于气，气化于精。吾师临证数十年来，运用补火益元法拯危起困，不可胜计。

【病案举例】

呃　　逆

唐某，男，34岁。1975年7月18日以呃逆就诊。

自述：两周前回家探亲途中，骤发呃逆，断续不止，3～5分钟一呃，服中西药10余日不效。询知纳呆便溏，气短心悸；观其精神疲惫，面色苍白，舌体胖淡；审六脉皆弱。

诊断：呃逆。

辨证：阳气虚衰，筋膜失养。

治法：温阳益气解痉。

方药：真武汤化裁。

茯苓15g　　白芍20g　　人参10g

干姜 15g　　白术 20g　　制附片 30g（另包，先熬 60 分钟）

上方水煎服，每日 1 剂。2 剂尽，呃止纳增，精神好转。嘱 2 日 1 剂，续服 3 剂，以固前功。

吾师分析指出：治呃当分寒热虚实，呃声连续不止属实，断续而作属虚。中焦虚寒可用丁香柿蒂汤温中止呕，此属下焦阳虚，古法多用参附汤治之，今用真武汤加人参，参附汤已在其中，且真武汤中的芍药有柔肝解痉作用，以此方为基础既可补阳虚之本，又可缓膈肌痉挛之标，较单用参附立意更为周详。

按：①患者年华方壮，又当盛署，吾师却能通过四诊，抓住阳损气耗本质，以温阳益气为治则，立定脚跟用药，确非历练深厚，学验俱丰者莫能为。②论阳虚呃逆并非自吾师始，而以真武汤治阳虚，却属吾师之首创，且说理透辟，化裁精妙，于人启发良多。③本案以舌体胖淡，六脉皆弱为辨证要点，而不可以壮年、盛暑为立法依据。因时，因人制宜固属中医治疗学的重要原则，但最终都要落实到证上，这些原则才能得到正确体现，所以因证制宜才是核心。若舍证而就时顺人，是弃实而求形，则形无所附。

十一、病毒性肝炎诊治经验

病毒性肝炎是由肝炎病毒侵入人体后，导致肝细胞发炎、变性、甚至坏死的严重传染性疾病。西医以病毒颗粒的形态大小、致病特点分甲、乙、非甲非乙等型论治，治无特效之药。中医则从湿热蕴结立说，认为本病系湿热郁

蒸而发，并因本病多见身、目发黄，以黄色之鲜、晦、明、暗将其别为阴黄、阳黄两类论治，治有有效之方。阳黄用茵陈蒿汤，阴黄用茵陈五苓散。而时下中医诊治本病，认识极其混乱，或以病毒说指导用药，无论何型何证，一概投以金钱草、板蓝根、满天星、茵陈、贯仲之属；或以甲、乙型强分阴黄，阳黄，套用仲景之方；或根本不明肝炎为何病，治之用何法，而一见胁下痞闷，便疏肝行气。致法不明，方不效，中医对本病的治疗优势不能充分发挥。

吾师对本病的诊治经验十分丰富，3年来，通过老师的悉心指导，使我深刻认识到要充分发挥中医药在本病治疗上的优势，首先得在病因、病机方面澄清认识。在病因上要特别着眼一个“毒”字，此类邪毒的致病特点重、滞、缠绵，具有“湿”的性质，故古人以“湿”概之。

在病机上要特别着眼于一个“滞”字。此“滞”字所包含的内容有三个方面，一是邪毒阻滞；二是肝气郁滞；三是肝血瘀滞。邪毒阻滞是因，气滞血瘀是果。在本病的全过程中，都贯穿这三大病理环节，只是在不同阶段矛盾的主从不同罢了。初期以邪毒壅盛为主，气滞血瘀次之；中期邪毒阻滞与气滞血瘀并重；后期气滞血瘀为主，邪毒凝聚次之。

在辨证分类上，要重视临床客观症候，而不能以西医分型为依据。古人以阴黄、阳黄类分本病，可以明其属性而不可明其病理进程；今之教材以湿热轻重为区分，可以明其矛盾主从，不能明其病理阶段性。只有将西医的辨病分期、与中医辨证相结合，才能既明其病性，又明其矛盾主从，还能明其阶段性病理特征。无论甲肝、乙肝，其急

性期多属阳黄，热重于湿的矛盾较为突出。相对说来，甲型肝炎的热势更盛，属阳黄者尤多。慢性期正气大伤，邪正相争之势反趋缓和，正气鼓动无力，邪毒滞留而成胶着状态，热象多不显，类似中医学之阴黄。相对说来，乙型肝炎病情缠绵，热势不扬，属阴黄者尤多。阴黄病程漫长，又当分初、中、晚 3 期。初期除邪毒壅滞外，气虚的矛盾较突出；中期除邪毒壅滞外，气滞血瘀的矛盾逐渐上升；晚期邪毒凝滞，气血瘀阻，肝脏硬变，属癥瘕之证，血瘀的矛盾占了主导地位。转人慢性后，一年之内算初期；一年之后，肝实质未明显硬变算中期；肝实质明显硬变算后期。治疗上：阳黄用茵陈蒿汤作主方，甲肝之阳黄，原方加板蓝根、虎杖，以增强解毒退黄之功；乙肝之阳黄，原方加丹皮、赤芍，以增强活血化瘀之力。阴黄用茵陈五苓散作主方，初期加生山楂、生麦芽、黄芪，以增强疏肝健脾，益气扶正之力；中期加黄芪、当归、郁金、丹参，以增强益气养血，化瘀通滞之力；后期则当与大黄䗪虫丸合为丸散之剂，以增强破瘀攻坚之力，且又便于常服久服。跟师学习期间，我和老师运用上方如法加减，治疗慢性活动性乙肝逾百例，其精神疲乏，面色晦黯，胸胁痞满疼痛，纳呆、便溏、口腻等症状明显改善者在90%以上，对肝功好转率，“两对半”阴转率尚未作严格的统计学对比，仅宏观地看，其分证、分期及方药加减化裁，确已形成系统性、规律性，很有特色。值得进一步用科研方法作专题研究。

十二、暴盲、暴聋、暴哑诊治经验

非先天性、理化性失明、失听、失音，或由邪阻气逆窍闭而发，或由精亏血少，窍失所养而生。邪阻气逆为实，精亏血少为虚。实证其发急骤，虚证其发缓慢。暴盲、暴聋、暴哑，绝大多数均属实证。因肝开窍于目，其经脉上连目系，故暴盲一般多责之肝经火郁气逆，血闭、血溢；采用疏肝清肝法治之；足少阳胆经循耳后，入耳中，出耳前，故暴聋一般多责之六淫邪气阻滞，胆经气机窒塞，采用清利疏通少阳法治之；手太阴肺经至喉部，音声之器在于喉，且喉为肺之门户，肺主气，为音声之源，故暴哑一般多责之六淫犯肺，肺失宣发，采用开宣肺气法治之。吾师认为，以上治法，是针对外感六淫，清窍闭阻的一般证候而设，故对于大寒伤人之重证，则病深治浅，断难奏效！唯麻辛附子汤方能当此重任。

肾藏五脏六腑之精，五脏六腑之精皆上注于目而为之睛，肾开窍于耳，其经脉穿隔，入肺，循喉咙，至舌根，与视力、听力、发音均有密切关系。且寒为阴邪，最易伤人阳气，大寒袭人，往往长驱而入，直中三阴。伤太阴则吐、利不止，伤厥阴则挛痹、寒疝，伤少阴则目盲、耳聋、失音，以寒性收引凝固，闭人机窍故也。因而暴盲、暴聋、暴哑证中，属寒邪直中少阴，上窒窍隧，下闭肾气，伤伐肾阳病机者最多。仲景《伤寒》、《金匮》不曾论及，后世五官科学也很少从这方面作深入探讨。治此，当以开宣肺气，温通肾气为基本法则。肺气宣通则表里透达，窍隧顿开；肾

气温通则真阳鼓动，阴寒自散。能充分体现这一治法的优秀医方，当首推“麻黄细辛附子汤”。本方出自《伤寒论》，原为“少阴病，始得之，反发热，脉沉者”而设，用治素体阳气虚衰，感受寒邪，邪正相争而发热，阳气虚衰而脉沉的症候。麻黄辛温发越，最能表散风寒，开宣肺气；附子辛热，最能壮元阳，补命火，搜逐深陷之寒邪；细辛大辛大温，最能入髓透骨，走经窜络，启闭开窍，既助麻黄表散风寒，开通上焦清窍，又助附子温暖命门，拨动肾中机窍。全方虽药仅 3 味，但却具有强大的宣肺散寒，温肾通阳，开窍启闭功力，用治寒邪困阻肾阳，窒塞清窍而引起的暴盲、暴聋、暴哑，确能收到奇特疗效。

【病案举例】

案 1　暴　盲

我校原著名眼科专家陈达夫教授以此方治疗宋某某暴盲一案，最为生动，可资学者借鉴。

宋某某，男，52 岁，中医师。1957 年冬以两眼视力骤降数日就诊。

患者自述：数日前以冷水洗脚后，当夜遗精，次日目盲不能睹物。自思病发于遗精之后，且男子“七八肝气衰”，似精亏血少之证，乃口授驻景丸合一贯煎治之，转增脘闷。又思肝开窍于目，平时常有情志不舒之遭遇，或为肝气郁结所致，改投丹栀逍遥散加青皮、郁金、香附治之，致脘闷增剧，温温欲吐。始向陈达夫求助。

观其面色苍黯，舌淡，苔灰滑：触其双手冰凉，六脉皆弱；测其视力，仅能数指。

诊断：暴盲。

辩证：阳虚寒凝。

治法：温阳散寒。

方药：麻黄细辛附子汤加味。

麻黄 15 克　　细辛 5 克　　干姜 10 克

茯苓 20 克　　制附片 30 克（另包，先熬 1 小时）

上方连服 4 剂，汗出尿畅，胃和目明而愈。

按：①本方所治暴盲，特指寒邪袭虚，闭滞少阴肾气和目系经俞之证，其它原因所致暴盲不得纳入本汤证范围论治。②肾藏五脏六腑之精，五脏六腑之精皆上注于目而为之睛，目能明察秋毫，全赖肾精充足，肾气通畅。阳虚寒凝，可致肾精闭阻，发为暴盲。此种暴盲，升散清利皆在严禁之列，犯之则或阳气散亡于上，或精气脱竭于下，唯温阳散寒通窍才是正法正治，麻黄细辛附子汤则是体现本法的最具体表性的医方。③本案患者年近“七八”，元阴元阳偏衰，复于严冬以冷水浸洗双脚，致寒邪从涌泉直透少阴，伤伐肾阳，闭阻肾气。肾为元气之根，又聚藏五脏六腑之精，肾气闭则元气不得通行，五脏六腑之精不能上聚于目而为之睛，故视力严重障碍，两眼昏暗无所见。①本案患者遗精在伤冷之后，是肾阳损伤，封藏不固，失本脏之职守。与寒凝窍闭，失经隧之通畅这一中心病机并不矛盾。故治疗之要在温通，断不可与精亏血少，清窍失养相混而妄投滋腻填塞，更增其闭，若属老年性精亏血少，必有一逐步发展的渐进过程，断不致如此迅急。因该患者伤

冷之前并无大失血，数亡精病史，且年事并不甚迈。

案2　暴聋

朱某某，女，27岁。1994年7月11日以两耳突然听力障碍2天就诊。

自述：20多天前行剖腹产，此后一直多汗潮热。2日前因天气酷热难当，不听家人劝阻，洗冷水浴1次，当晚即身痛项强，晨起双耳听力模糊，耳心陈发掣痛，自服"重感灵"、"感冒通"不效。

观其面白，夹鼻青灰，舌淡，苔白厚；询知脘闷厌油，恶寒汗不出，两手指掌发紧发胀；切得六脉沉细而紧。

诊断：暴聋。

辩证：寒湿伤阳。

治法：温阳散寒。

方药：麻黄细辛附子汤加味。

麻黄10克　　细辛5克　　羌活15克

制附片30克（另包，先熬60分钟）

苍术15克　　生姜20克

上方服2剂，汗出，身、耳痛愈，听力恢复。

按：①本方所治暴聋，特指寒邪阻闭少阴肾气和膜膜三焦所致之证，其它原因所致暴聋不得纳人本汤证论治。②吾师陈潮祖教授认为：三焦为膜腠所构成，是沟通表里，联系上下，无处不在的管状网络组织，人体气机由此升降出人，水液由此布散流行，故凡气、津病变，均可通过三焦影响耳窍，发为耳鸣、耳肿、耳聋等症。③若大寒袭虚，或寒证误用寒凉，致肺气闭郁不宜，肾命气化不行，气闭津

壅，窍隧不利，而成暴聋者，可以此方温化肾气，开宣肺气治之。肾气化则气津升降有序，流行无碍，肺气宣则寒凝解散，窍隧顿开，耳聋自愈。若不思辨证，妄以清肝利胆方药治之，每多变增耳心掣痛连脑，或吐泻眩晕等症。④本病发生虽当炎夏，但患者产后阴血大耗，元气大伤，机体对各种致病因素的抵抗能力明显下降，一旦被伤，邪入必深。冷水洗浴，寒湿之邪由太阳之表直入少阴之里，致经隧挛痹，营卫阻滞而身痛项强，机窍闭阻，精气不通而听力障碍，非大辛大温不能搜逐其至深之寒湿邪气，开通其闭塞之机窍。

案3　暴　哑

王某某，男，53岁，饲养员。1970年9月以失音3年就诊。

患者自述3年前因采割饲料时遇雨湿衣，当晚即发烧，咳嗽，声音嘶哑，经中、西药治疗后咳止、烧退，但音声愈闭。后经中、西两法多次治疗，均无寸功。时逢吾师在该地带学生毕业实习，遂登门求治。

闻其声嘶近绝；观其面苍舌黯，苔灰滑腐厚；审六脉沉细无力。

诊断：暴哑。

辩证：阳虚湿滞。

治法：温阳除湿。

方药：麻黄细辛附子汤加味。

麻黄20克　　桂枝15克　　细辛8克

制附片50克（另包先熬100分钟）

苍术20克　　　草果15克　　　茯苓30克

上方连服4剂，汗出，苔退，音声恢复。

按：①本方所治暴哑，特指寒邪下闭少阴肾气，上闭太阴肺气所致之证，其它原因所致暴哑不得纳入本汤证论治。②素体阳虚，复感寒邪，致肺气郁闭，宣降失常，气化不利，水湿阻滞少阴经脉，障碍音声，是本证的基本病理过程。此外，热证过用寒凉转成此证者亦较多见。③治此当上宣肺气，下温肾气，外散郁闭之寒邪，内行壅滞之水湿。麻黄细辛附子汤开宣肺气，附子温暖肾气，肺气宣则水精四布，五津并行，肾气暖则气化氤氲，壅滞解散，确为治寒湿暴哑之的对良方。若舍此不用，而以世俗之玄参、麦冬、甘草、桔梗类所谓疗咽良方治之，则纯属误治，必然更增其闭；以桔梗、栝蒌、蝉衣之类所谓开音圣药治之，也是隔靴搔痒，不仅毫无助益，且延误治疗时机。④外伤湿冷，治当温燥，从其烧退咳止而音声愈失，可知其前之治疗定不出辛凉清解之外，致令邪机愈陷而肾气愈闭。⑤从其历时3载，百治无功，可知其诸医之治，定不出开宣润养之外，病本在肾，其治在肺，隔靴何能搔着痒处？其性质为寒湿闭阻，而治用润填，是更增其滞。⑥本案辨证要点为舌苔灰滑腐厚，脉沉细无力。

十三、前列腺肥大诊治经验

前列腺肥大是中老年男性的常见病、多发病，以小便量少，点滴而出，甚至小便闭塞不通为主症，属于中医癃闭的范围。现今中医临床治疗本病多不思辨证，而简单地

归之于“膀胱湿热，”轻率地投以“八正散”、“导赤散”之属，或有偶然幸中者，或多不效。须知本病病因远非湿热一端，元代医学家朱丹溪已有“气虚”、“血虚”、“有痰”、“风闭”、“实热”之论，《丹溪心法·小便不通》中已倡“气虚、用参、芪、升麻等……；血虚，四物汤……；痰多，二陈汤……”分证论治。明代张景岳更进一步将癃闭病因归纳为“火邪结聚小肠膀胱”、“败精槁血阻塞水道”、“真阳下竭，气虚不化”、“肝强气逆，膀胱闭阻”四个大类。并详细阐述了气虚而闭的病理机制，指出“夫膀胱为藏水之府，而水之入也，由气以化水，故有气斯有水。水之出也，由水以达气，故有水始有溺。《内经》曰：‘气化则能出矣！’盖有化而入，而后有化而出。无化而出，必其无化而入。是以其入其出，皆有气化，此即本经气化之义，非单以出者言气化也。然则水中有气，气即水也，气中有水，水即气也。今凡病虚而闭者，必以真阳下竭，元海无根，水火不交，阴阳否隔，所以气自气而气不化水，水自水而水蓄不行……气既不能化，而欲强为通利，果能行乎？阴中已无阳，而再用苦寒之剂，能无甚乎？”于是，他强调治气虚而闭者，必“得其化”！在此基础上，他还制定了以“左归”、“右归”、“六味”、“八味”等汤丸方药治疗本病的具体方案。真是太深刻、太精辟、太准确了！可惜的是，临床所见，能潜心揣摩，悟透此中三昧的人，却为数不多，而能以真武汤治此者，则更属寥寥。

真武汤出自《伤寒论》。就第84条“太阴病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之”看，仲景用本方是治疗阳虚误汗所致

的热、悸、眩、身瞤动等变症，丝毫未涉及癃闭。后世伤寒诸名家，对本方的运用虽多有发挥，也没有深刻论述这个问题。以此方治疗前列腺肥大，并加以深刻论述者，实始于吾师陈公潮祖翁。他要言不繁，一针见血地指出：前列腺肥大一症之所以多见于中、老年患者，正说明本病多是人人中年之后，体内阳气渐衰，气化不及所致。气化不及则水湿停滞，循少阳三焦下注前阴，潴留凝聚而成前列腺肥大，压迫尿路，形成小便排泄困难，甚至闭塞不通之症。肾阳虚衰，气化不及是本，尿路受压，阻塞不通是标。治当温阳化气，利水泄浊。真武汤原为少阴阳虚，水湿内停而设，所体现的治法，正是温阳化气利水之法，故用治阳虚湿滞之前列腺肥大，确为的对之方。

本方用辛热的附子以壮肾阳，肾命阳气旺盛，则气化行而浊阴自利；用生姜温胃散水，白术运脾除湿，脾胃健运则水有所制；生姜还能开宣肺气，启上闸以开水源；用茯苓淡渗利水，通调三焦，导浊外出；用芍药通利血脉，解除经隧挛急，畅通水道。全方在结构上，体现了对五脏功能的全面调整，而又重在壮气化之源，启气化之机。因而较之“八味”、“右归”用药更为精省，而助阳之力更专，利浊之用更宏。用治阳虚湿滞型前列腺肥大，其效最著。

吾师认为，单就排尿困难而言，对前列腺肥大的定性诊断并无特殊价值，欲判定其是否少阴阳虚所致，当从舌、苔、脉象求之。舌体胖、淡、有齿痕，舌苔白滑，脉象沉迟，才是少阴阳虚，水湿壅滞的可靠辨证依据。因为体内气、血、津、液是流动不息的，气血充足是正常现象，不会引起舌体变大，而未化之水液属浊阴之质，最易潴留壅

滞，舌有齿痕，是水湿壅滞的特异指征；舌苔白滑，是阳虚失于蒸腾温化之象；脉沉迟，是阳虚鼓动无力所致。故有此三症，阳虚湿滞病机可以成立。

【病案举例】

癃　闭

肖某某，男，56岁。1991年10月5日以小便排泄困难就诊。

自述：4年前即出现小便排解不利，小腹膨胀而排解细小，冲击无力，每次小解需费时数分钟，且有逐渐加重之趋势。曾投某中医师处求治，连续服用木通、前仁、茯苓、泽泻类药数十剂，初服尚有一定疗效，久则效果不显，且停药即发。近月来症状加重尤为迅速，时有点滴不下之症情发生，每发必导尿而后安。

询知小便不利时即手脚发胀，自觉皮肤绷紧，关节屈伸不利，余无所苦；观期眼睑浮泡，目下隆起如卧蚕，舌胖淡有齿痕；切得六脉细缓无力。

诊断：癃闭。

辨证：肾阳虚衰，水湿郁滞。

治法：温阳利水。

方药：真武汤。

熟附片30g（另包先熬60分钟）　炒白术20g

茯苓30g　生姜30g　白芍30g

上方1剂未尽，尿量大增，服3剂基本痊愈，但仍觉

排尿乏力。二诊时生姜易干姜15g　白芍减至20g　加红参10g　川牛膝10g　台乌5g，连服10余剂，精神倍增，排尿正常，未再复发。

按：①本案前期治疗是典型的阳虚而纯用通利，虽可取快一时，久则有愈利阳气愈伤之弊。②治水之法，当发汗与利小便并重，故初诊重用生姜，欲借其辛散以开宣肺气。二诊时肺气已宣，小便已畅，但元气未复，故加人参以补益元气。③本病大多病程较长，阳虚水停、水停气滞，气滞血瘀，是本病基本病理过程，故加牛膝、台乌行气活血，去旧生新，以助其康复。

十四、老人便秘诊治经验

《灵枢·天年篇》云："五十岁，肝气始衰，肝叶始薄，胆汁始灭，目始不明；六十岁，心气始衰，苦忧悲，血气懈堕，故好卧；七十岁，脾气虚，皮肤枯；八十岁，肺气衰，魄离，故言善误；九十岁，肾气焦，四脏经脉空虚；百岁，五脏皆虚，神气皆去，形骸独居而终矣。"古人根据长期生活实践观察研究得出的上述结论表明，一般人在五十岁后便开始进入老年期，伴随年龄的继续增长，五脏六腑的功能日益衰减，气、血、津、液日益亏损，老年性多发病亦随之产生。便秘即是老年性多发病之一种。吾师指出：老人便秘较之青少年的大便秘结，大多有着本质的区别，发生于青少年的，以实证、热证居多。其症不仅排便困难，而且异常干结、并兼有其它火热之证。而发生于老人的，则以虚证、寒证为多。其症多秘而不结，或先结后溏，多无

典型兼证。不能一闻便秘，便投枳、朴、硝、黄，峻攻蛮下，徒令津气大伤，愈治而愈秘。吾师总结多年临床历验所得认为：老人便秘尤以气虚、血虚、阳虚、气郁四者为多见。

气虚而秘者：病便中心在脾肺两脏。脾虚则肠道气机推运无力，肺虚则肃降之机衰减，故平素多有自汗、易汗、心累短气诸证，排便时多有肛门迫坠之感，大便多不甚燥结，舌多胖润，脉多细缓无力。吾师指出：治此不仅不能妄用通下，而且要塞因塞用，以益气举陷法，助其推运之力，行其肃降之机。补中益气汤加枳壳，其效甚捷。方中之参以用人参为佳。

【病案举例】

便　秘

吴某某，男，63岁，1993年10月24日以便秘4年就诊。

自述：近4年多来，排便一直不畅，每次登厕，小腹肛门均感十分胀迫，但却解出不多，大便呈细条状，先硬后软，排出却异常费时耗力，解后仍有便意。曾自服上清丸、黄连素无效。亦曾投中医治疗，医以通下、润下之剂治之，疗效仍不显著。

询知青年时曾患空洞型肺结核，愈后一直心累短气，动则汗出；观其形瘦，面青灰，舌胖苔润；察六脉皆软弱无力。

诊断：便秘。

辨证：脾肺气虚。

治法：益气举陷、佐宽肠行气

方药：补中益气汤加枳壳。

升麻 10g	柴胡 10g	红参 15g
黄芪 30g	当归 6g	白术 15g
陈皮 10g	炙甘草 10g	枳壳 15g

上方 2 日 1 剂，水前服。服 1 剂，解便时腹胀肛坠感消失，排便不甚费力，心累气短亦大有好转。原方续进 3 剂，诸证悉愈，精神倍增。嘱以补中益气丸再服 1 月以巩固疗效。

按：①曾患肺痨多年，是年少即气血大伤，此种大病所造成的损伤，常伴人终身，很难彻底纠正。②补中益气汤有升无降，加枳壳宽肠下气，改变了原方单向作用特点，建立了升降相因的双向作用机制，于调理肠道气机，令其健运而又畅快，更有助益，可提高通滞疗效。③方中之参，唯选用大补元气之人参，才能收到最佳疗效，党参、沙参断难取代。

血虚而秘者：病变中心在肝，肝藏血，主调节全身血量，又主疏泄，脏腑之功能活动，皆受其调节。虚则五脏六腑失养，肠亦失其濡润，脏腑功能呆滞。故此类患者平素多唇、舌色淡，面白无华，心悸健忘，头晕目眩，失眠多梦，六脉皆细。吾师指出：治此当以养血、滋阴、润肠为宗旨，断不可更行通下以竭夺其阴津，即渗利之品亦在所忌。一贯煎去金铃子加桃仁最合病机。

【病案举例】

便　秘

齐××，女，52岁。1993年4月10日以大便秘结2年就诊。

自述：2年前月事断绝，自此大便亦秘结难解，燥硬异常，每次解便必致肛周皲裂，造成大便血染，且痛不可忍。医以果导，麻仁丸治之，其效可暂而不可永。询知眼干而胀，失眠头晕，烦躁易怒；观其唇舌淡而乏津；切得六脉细数。

诊断：便秘。

辨证：血虚肝郁。

治法：养血疏肝润肠。

方药：一贯煎加减。

熟地 20g	枸杞 30g	当归 10g
沙参 10g	麦冬 15g	菊花 10g
薄荷 10g	桃仁 15g	怀牛膝 15g
柴胡 10g		

上方一服便燥减，尽剂而肛血止，连服8剂，诸证悉愈。

按：①本案血虚肝郁，郁而生热，故烦躁易怒、眼干而胀，此与便秘肛裂病机同一，不可以苦寒降敛增其凝滞，但以清轻之品疏解其气郁即可。本方加菊花、薄荷、柴胡意即在此。②本方加桃仁在增其流动之性；去川楝子，则

在去全方苦寒之品，以利阴血化育流行。

阳虚而秘者：病变中心在肾。肾藏真阳，主气化，司二便。肾阳虚则气化不力，津液凝滞，肠失濡润而水冻舟停，发为便秘。阳虚便秘多兼口淡纳呆，形寒肢冷，心累神倦，舌胖苔润，脉细而沉。大便多先硬后溏，硬便结粒如羊屎。治当温阳化气，以促进肠道阴凝解散，津液流行。若误用苦寒攻下，则愈下阳气愈伤，阴凝愈甚。吾师治疗此种便秘，常用真武汤合当补血汤获效。

【病案举例】

便　秘

苏××，男66岁。1992年3月13日以大便秘结10余年就诊。

自述：近十多年来，大便先硬后溏，硬者小如羊屎，坠池有声，排出十分困难，每努责至肛裂而不下，时用手指抠挖始能松动脱落。此种硬便解出数十粒后，便转溏薄。曾投医数十，或施以苦寒，或投以柔润，虽取快一时，但停药即发，且愈发而其结愈甚。

询知青年时头面生疮，体小色紫，先后服清热解毒药数百剂，中年时右肩关节冷痛甚剧，经西医封闭疗法治愈，便秘亦常发生，但症状不甚严重，余无特殊病史；观其面苍形瘦，精神萎顿，舌黯而胖，苔黄厚而润；切得六脉细数无力。

诊断：便秘。

辨证：阳虚寒凝。

治法：温阳化气。

方药：真武汤加桂枝。

制附子 30g（另包先熬 1 小时）　　白芍 20g

白术 20g　　生姜 10g　　桂枝 10g

上方服 1 剂，大便球解如驴粪，3 剂尽而苔退脉起，津回便畅成条理。二诊时上方去桂枝，加黄芪 30g、当归 15g 二日 1 剂以固成功。后自来相报，谓越服精神越旺，遂自服 30 余剂始罢。

按：①本案与青年时过服苦寒，致阳气大伤有密切关系，问诊得其真情，中年时关节冷痛，时有便秘发生即已渐成阳虚寒凝之基本病机。②此证之苔黄厚并非湿热蕴结，而是阳虚内生湿浊，郁久化生浮热之徵，舌体黯胖，脉细无力即是明证。③寒凝日久，络脉瘀滞，故于方中加桂枝以温经散寒，通络脉之滞。寒散络通，津气流行后则增益气养血之品，以期气旺血盛。血盛则真阴得补，阳气自生，是意在崇根固本。

气郁而秘者：病变中心在膜腠三焦。膜腠根系于肝，故与肝也有密切联系。膜腠三焦为津液流行之道路，元真通会之处所，所谓“元真通会”，其实质可能包含着脏腑间的信息传递。膜腠郁闭则津液不行，脏腑信息传递迟缓，肝主疏泄的功能不能充分发挥，而使得肠道气滞津郁，发为便秘。气机久郁不能伸张，与脏腑元气已衰也紧密相关。本证常见胸胁痞满，口苦咽干，心烦失眠，脉细而弦等症。治当疏郁行滞，攻下、温补皆非所宜。吾师以小柴胡汤治此，其效如神。

【病案举例】

便　　秘

李××，女，67岁。1993年10月18日以便秘20余年就诊。

自述：二十多年来，大便4～5日一行，并不干燥，但条细而涩，排出不易，晨起口苦咽干，两眼胀涩。

询知平素最易生气，气则胁下胀闷走窜，不饮不食，太阳穴呯呯跳动，常爱叹气；观其形色无异，唯舌红，苔薄黄板滞；切得六脉弦细。

诊断：便秘。

辨证：肝郁气滞。

治法：疏肝行气。

方药：小柴胡汤。

柴胡15g　　黄芩12g　　法夏12g

大枣15g　　红参10g　　生姜5g

炙甘草5g

上方服1剂，排便即畅，患者惊喜，遂连服10余剂，便秘少有复发。偶发，仍以原方配药服用，一服即愈。

按①苔板滞，脉弦细是本病重要辨证依据。②小柴胡汤升降相因，寒温同用，补泻兼施，最能升发三焦郁闭之气，启肝疏泄之机，助膜腠津液流行，故善通气郁之便秘。

十五、眩晕诊治经验

本症候临床十分常见，以头晕目眩，伴耳鸣、恶心、呕吐，闭目静卧稍安，开眼、运动则症状明显加剧为主要临床特点。西医谓之“美尼埃尔病”，以为内耳淋巴积水和迷路水肿所致。积水、水肿何由而生？至今原因未明。故仅以镇静、血管扩张、植物神经调整类药对症治疗，别无良法，疗效甚微。陈老通过系统研究仲景治眩心法，并结合临床所见，患此症者，大多身体素质较差，肺、脾、肾三脏偏虚者尤多的特点，究明眩晕一症，多为浊阴上泛，蒙蔽清阳所致，实与西说相契合。其所以然之理，在于肺主气而司宣降，虚则宣降易失而清气不布；脾主运化而升清，虚则运化易碍而清阳不升；肾主温煦而泄浊，虚则气化无力而浊阴不降。且本病多因外感六淫之邪诱发，既有正虚的一面，又郁邪实的一面。昧者不识，多以“阴虚阳亢，肝风上扰”立说，机械照搬张锡纯“镇肝息风汤”治之，效验者十不过一二。

吾师指出：本症的辨证要点为舌胖苔滑、脉弦细或紧。治疗当以肺、脾、肾三脏为中心。宜开宣肺卫以畅通表里，表里通畅则清气敷布，浊阴自散；健运中土以复升降之机，升降复则清阳上聚，浊阴下趋；温通肾气以复其气化，气化流行则浊阴自泄。三管齐下，共同体现益气通阳，解表导浊的治疗原则。

他以仲景五苓散化裁而成“定眩饮”，全方组成：桂枝6g　茯苓30g　泽泻30g　白术15g　半夏20g　人参10g

天麻10g。方中人参补益肺、脾、肾三脏元气而振奋清阳；白术健脾除湿而布运水津；半夏化饮降逆而引流下趋；茯苓、泽泻利水渗湿而排泄浊阴；桂枝温经散寒，开宣表卫，上通肺窍，下暖命门，最能推动三焦气化流行，既助人参布张清阳，又助苓、泽化浊散阴；眩晕发作之际，神气虚怯，故佐天麻以益智安神。全方共奏补虚泄浊，宁神定眩之功。经长期临床验证，运用本方治疗美尼埃尔病，无不效如响应。

舌苔白滑而外感症状较重者，桂枝用量加倍，人参用量减半；舌红苔黄，有热象者，去桂枝，加桔梗、薄荷、淡竹叶各10g；舌苔厚腻者，加苍术、紫苏梗、藿香各15g。舌红少苔，阴虚阳亢者禁用。

【病案举例】

眩　晕

郑××，男，57岁，干部。1992年2月13日因眩晕月余不愈就诊。

自述：月前某日晨，醒来即头晕目眩，动则天旋地转，恶心呕吐，遂投西医治疗，被诊为美尼埃尔病，先后给予苯巴比妥、安定、抗眩啶、谷维素等药，历时旬余，症状略有缓解，可下床行走，但总觉进展甚微，于是改投中医治疗。三医给予镇肝息风汤，一医给予知柏地黄汤，服药二十余剂，四更医而不效。经某病家介绍，从数百里外辗转前来求治。

询知既往并无此病史，此次发病亦无明显诱因；观其神气清朗，舌质无异，苔薄白润；察六脉浮细而滑。似此如寒无寒，如热无热，似虚非虚，似实非实之证，最难辨识。余默思良久，以苔白润、脉浮细、且年近花甲又病发于数九隆冬为辨证依据，断为气虚表郁湿滞，主以定眩饮倍桂枝，加紫苏治之。首煎服1次，1小时后，小便畅解，量倍于常，立感神定晕止，全身轻快。

又：吴××，女，29岁，某信箱资料翻译，1992年8月3日以剧烈眩晕伴视力模糊7天就诊。自述月前赴川东公干，历时旬余，时值盛夏炎天，一路渴饮茶水，恣食瓜果无度，返程途中，即感脘痞纳呆，两眼混蒙模糊，自思劳累使然，初不以为意。归家后，视力急剧下降，心甚恐惧，即去眼科检查，颅内，双眼底及外眼均未见异常，而两眼视力均从原1.5度降至0.5度，西医深感怪异，不知所为，劝其改投中医治疗。前医从肝肾阴亏人手论治，投驻景丸3帖，服后不仅于视力无补，且并发剧烈眩晕。改投另医治疗，服旋覆代赭石汤2剂，仍无效。

询知两眼模糊，如烟如雾，头晕目眩，如坐舟车，夜暮尤甚，便溏尿黄，脘闷纳呆；观其体魄尚健，神形无异，唯舌苔黄腻而滑；察六脉浮滑。

诊断：眩晕。

辨证：暑湿郁遏气机不利。

治法：利湿解暑，通阳益气。

方药：定眩饮化裁。

桂枝3g　　茯苓3g　　泽泻3g

白术15g　　半夏20g　　人参5g

滑石 30g　　　甘草 5g

上方服 1 剂，小便清长，眩晕立止，连服 4 剂，视力恢复，诸证全愈。

按：①暑性开泄，湿浊氤氲，弥漫天地，濡蒸万物，人在气交中生，气交中长，难免不受其影响，何况旅途劳顿，受之更易，加之生冷伤中，脾运失健，内湿滋生，内外合邪，伤人尤甚。本病正是暑湿上蒙清窍所致，故始即视昏如雾，治当清暑利湿。②前医不察，误以秽浊上蔽为阴血亏损，妄投滋腻填塞，更滞其脾，增其闭，令浊不得泄，暑不得越，进而并发眩晕，其治仍当涤暑泄浊，方仍选用定眩饮。③本病既有暑热耗气，又有生冷伤中，参桂不可去；还有暑湿蕴结阻滞于内，故参桂又不可多。

十六、水肿诊治经验

本病与肺、脾、肾三脏关系最为密切。肺主水津敷布，脾主水液运化，肾主水湿排泄，肺气闭郁则水津不行，脾失健运则水液不化，肾失温煦则水湿凝聚，皆可造成水湿泛滥而发为水肿。吾师深刻指出：凡水肿症，气滞水停是其矛盾焦点。其形成根源在于：或邪阻气滞，湿郁水泛，此为实；或正虚气弱，湿潴水溢，此为虚。纯实纯虚者少，虚实挟杂，本虚标实者多。自《金匮》提出："诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈"后，千百年来，历代医家无不奉为绳墨，少有会意变通者。陈老毕生穷究仲景学理，认为仲景强调发汗，意在启上以开下；强调利小便者，意在因势而利导。均在示人以法，而非囿人

之思。治水当以肺、脾、肾三脏为中心，以化气，行津，导浊为原则。仲景所出“甘草麻黄汤”、“麻黄附子汤”、“防已茯苓汤”、“防已黄芪汤”、“越婢汤”诸方，所体现的治疗原则和治疗点，均不离此。但每方各有专主，而非通治之方。针对水肿症本虚标实为多的特点，通治之方的研制，对简化治疗程序，扩大运用范围，增强疗效，均有重大价值。于是针对水肿症多本虚标实的特点，以自己深刻的理论认识为指导，仿仲景治水之法，效仲景组方之意，以麻黄细辛附子汤合五皮饮加减化裁，制得一方，名“泄洪饮”，用治多种水肿，均有突出疗效。

泄洪饮组成：麻黄 10g　制附片 15g　细辛 5g　陈皮 10g　茯苓皮 30g　大腹皮 15g　桑白皮 15g　生姜皮 10g　紫苏梗 15g　白术 10g

方中麻黄宣肺气，开腠理，通毛窍以启上焦之闭而助水津布散；附子暖命门，壮元阳以助三焦气化流行而复脏腑用清排浊之功；白术健脾除湿以助水液运化吸收；五皮行气利水，专走皮里膜外而导浊阴下行；苏梗芳香行气，亦宣亦降，既可助麻黄开启毛窍，又可助五皮直走膜腠，还可通行三焦气机而导浊下趋；细辛走窜三焦，深入命门，最能拔动肾中机窍，促进元气流行，附子得之而命门真火立壮，麻黄得之而表卫毛窍顿开，五皮得之而膜腠气液流行。全方肺、脾、肾三脏并调，扶正与祛邪兼顾，发汗与利水同施，实为治疗水肿的最佳配伍。

陈老在运用本方时，仍强调方随证变，灵活化裁。寒邪束表，表闭较甚，兼恶寒、无汗、脉紧者，麻黄增至 15g 另加桂枝、杏仁各 15g；寒湿郁表，兼全身酸痛困重者，加

羌活、独活各15g；脾阳不运，兼纳呆、口淡、吐清水者，加干姜15g；肾阳虚衰较甚，兼腰膝冷痛、脉微者，附子增至50g，另加肉桂5g，干姜10g；水邪壅盛，形肿腹满者，加防已10g，椒目、葶苈子各15g，生大黄5g。

【病案举例】

水　　肿

罗××，女，16岁。1991年11月11日以全身洪肿就诊。

自述：4个月前因感冒发烧注射青霉素过敏，经抢救脱险后继发水肿，经中西两法治疗4月余，毫无效果。

询知卧病以来，头晕，口淡，纳呆，小便短少，大便溏薄；观其全身浮肿发亮，皮下有波动感，肿势随体位改变移动，有如盛水皮囊；舌胖而淡甚，苔薄白滑；切得六脉沉而弦滑。

诊断：水肿。

辨证：阳虚湿盛。

治法：温阳利水。

方药：泄洪饮。

制附子30g（另包先熬1小时）

陈皮15g　大腹皮20g　生姜皮30g

桑白皮10g　茯苓皮30g　炒白术20g

麻黄20g　细辛10g

上方一服之后尿量明显增加，愈服小便欲多。每日1

剂，连进4剂后，小便量如常人，全身浮肿消退。二诊时全身皮肤皱缩，形体消瘦，食欲增加，唯下肢压之尚有凹陷，且口仍淡，头仍昏晕无力。原方去桑皮，麻黄、细辛、茯苓皮、腹皮各减半，以干姜易姜皮，加红参15g续服10余剂而诸症痊愈。

按：①此案系由药毒所致五脏六腑元气大伤引起，而肺郁、脾虚、肾虚为突出矛盾，故治疗以此三脏为重点。②脉沉而弦滑，弦滑非热邪内郁之象，而是水邪壅遏之徵，不得妄佐清解之品。③二诊时水邪大势已去，而元气未复，故减利水之五皮，而加补气之人参，温中之干姜，益元培本，以绝水患。

十七、肥胖诊治经验

人体胖瘦，长期以来，人们仅作为一种普通社会现象看待，无论是楚腰纤细掌中轻，还是唐时君臣爱膏臀，都没有引起医学的重视和深入讨论，故增胖减肥都少有成功的经验可供借鉴遵循。当今之世，减肥风气日隆，一方面是因为追求形体美的观念驱使，另一方面是病理性肥胖确也客观存在，而且患者数量还在与日俱增。

吾师通过长期临床观察研究，认为形成病理性肥胖的病理要素是下焦阳气虚衰。下焦阳虚，则气化不力，既不能化谷精为肾精，又不能化水津为水气，导致“脂”凝液聚，浊阴堆积，形成肥胖。肥胖的形成，除吾师所论下焦阳虚一端外，中焦阳气亢盛，也是重要病理因素之一种。中焦为气血生化之源，中焦阳亢，则消谷善饥，食量倍于常

人。食多则水谷精微摄人成正比例增加，倘若体力消耗又少，则极易形成营卫堆积，发为肥胖。后者属实，前者属虚。其临床表现，后者多食易饥，两目有神，舌红面赤，二便正常，六脉盛实。前者纳呆口淡，精神萎顿，腰膝无力，肢冷便溏，舌胖苔润，脉沉细无力。由舌、脉所表现出的症状是最重要的辨证依据。

治实当以清阳明实热为主，白虎汤合增液承气汤为主方，既斧底抽新，又凉血填中。治虚当以真武汤为主方，既促进气化，又利水排浊。

【病案举例】

案1　肥　胖

余××，男，5 $\frac{1}{2}$岁。1991年7月19日以嗜肥、体胖就诊。

其母代述：此子顺产4公斤，先天禀赋颇丰。产后母乳喂养至周岁，此后即以饭食、牛乳喂养。初摄饭食即喜肉汤肉羹，至2岁时，可日食肥肉0.25公斤，3岁时食肉量增至0.5公斤，至今已日食肥肉0.75公斤。三餐索要，无肉不食，强食之则干呕。5岁前家长不以为病，且以为喜，即干呕之状，亦以为顽童故作，初未经意。近年见其呕状甚剧，不似故作，始求医诊治。医以温胆、平胃、涤痰、导痰等和胃降逆，化痰止呕之剂治之，不效。

观此子形体甚丰，测其身高1.3米，体重42公斤，面

色红亮，两眼精明，舌红润，苔薄黄；询知二便正常，夜卧安稳，唯口中常有秽浊之气逼人；查六脉弦滑。

诊断：肥胖。

辨证：脾胃积热。

治法：清胃泻火。

方药：白虎承气汤。

石膏 30g　　知母 20g　　生甘草 20g

生大黄 5g　　生地 20g　　芒硝 6g

玄参 10g　　粳米 100g

上方一服呕止，尽剂肉量减半，嘱其家长对该儿少进炙炒，增食瓜果，药勿再进。

按：①中焦有火，消谷善饥。嗜肥亦善饥之变相。但此子先天丰足，后天强盛，身高体壮，是奇禀之异体，能食嗜肥，未可谓病。唯无肥则呕，且口气秽浊，是中焦郁热之徵，故以增液承气汤去其菀陈，滋其燥热，白虎抑其亢盛，故可尽剂而愈。②小儿为稚阴稚阳之体，正当生长发育旺盛之际，中焦为气血生化之源，生长发育，惟此是赖，治可杀其偏亢之势，不可灭其生发之机，故宜中病即止。

案 2　肥胖

周××，女，26 岁。1993 年 5 月 14 日以形体发胖年余就诊。

自述：婚前体形苗条，重 47 公斤，今结婚不到三年，身体逐渐发胖，初不以为意。近半年来，动则心累气喘，步

履艰难，称量体重，竟达78公斤，服减肥茶月余，体重不减，症状无改善。

询知食量并未伴同体重一起增长，且长年肢冷便溏；观其面色皖白，舌胖淡，苔滑；切得六脉沉细。

诊断：肥胖。

辨证：阳虚湿滞。

治法：温阳利湿。

方药：真武汤加泽泻。

干姜15g　　茯苓30g　　泽泻30g

炒白术15g　　白芍15g

制附子30g（另包先熬1小时）

上方1日1剂，连服30余剂后，体重降至63公斤。服药期间，小便增加，食欲亦较前旺盛。

按：①此妇体增而食量不增，且长年肢冷便溏，又诊得舌胖淡，苔润，脉沉细，是肾阳虚衰，水不化气，气不化精，浊阴堆积之明证。②真武汤加泽泻、温阳利水，力最雄峻，用治阳虚虚胖，最能促进气化，排废泄浊，推陈致新。

十八、白发、脱发诊治经验

对于毛发脱落变白的病理认识，历来均从精亏血少立说，吾师通过对本病的长期临床观察研究后认为：本病的内在病理机制较为复杂，“发为血之余”，“肾藏精……其华在发”，本病与精血亏损确有不可分割的联系，但绝非精血亏损一端。精血流行障碍或布运无力，也可导致本病发生。

因此，在本病的诊断辨证过程中，既要考察精血的盈亏，又要考察精血的通滞，才能真正做到去伪存真，准确无误。影响精血营运灌溉的原因，以痰滞、血瘀、气郁、气虚最为多见。痰滞则浊阴潴留，精气不布；血瘀则络脉闭塞，血运不畅；气郁则经隧挛急，精血流行窒碍；气虚则推运无力，精血布散不能，皆可导致毛发失养，变生本病。临床所见，单一因素的病例较少，多因素复合的病例较多。所以，在本病的治疗上，除应分证论治外，通治之方的研制也很有实用价值。陈老正是以上述理论为指导，去研究本病治疗方法的。为适应多因素复合类病情的需要，也为减化本病的治疗章法，陈老在通治之方的研究上用力尤多，积累的经验也最为宝贵。

陈老对本病的治疗经验，集中体现在他研制的“乌须生发饮”上。该方是在填精补髓，滋阴养血基础上，加入益气、活血、涤痰、疏郁之品，制成的通治毛发脱落变白的综合性医方。实则阳和汤与当归补血汤之变方。

药物组成：鹿角胶 20g　枸杞 20g　熟地 20g　制首乌 30g　当归 6g　黄芪 30g　麻黄 6g　白芥子 10g　肉桂 3g　干姜 6g　三七粉 3g

方中鹿角胶、枸杞、熟地、首乌、当归填精养血为本；黄芪大补肺气而助精血营运敷布；麻黄宣通肺卫，开启毛窍，而为精血营运敷布之先导；白芥子逐经隧痰浊，三七粉活血通络，共畅精血营运之道路；肉桂温下元，通经脉，既促精血生化之机，又促精血布散流行；干姜暖中土，助诸药及水谷之运化吸收而壮精血生化之源。全方从骨髓到经脉，到肌腠，到肤表，到毛窍，层层开通；从精血之滋，

到精血之化，到精血之运行，到精血之敷布吸收，环环紧扣，用思之精深，结构之细密，法度之严谨，古今同类医方罕与伦比。吾师运用本方时，并非呆执不变，而是随证化裁，力求丝丝入扣。精亏较甚者，鹿角胶增至40g，另加紫河车粉15g，黄狗肾20g；血虚甚者，制首乌增至50g，另加桑椹30g，阿胶25g 气虚甚者，黄芪增至50g，另加红参、升麻各15g；痰滞甚者，去熟地，增麻黄至10g，白芥子至20g，另加桔梗10g；血瘀甚者，三七粉增至6g，另加桃仁15g，红花10g；肝郁气滞者，加柴胡10g，川芎10g，刺蒺藜20g。

【病案举例】

脱　发

殷××，男，27岁。1993年10月7日以头发全部脱落11年就诊。

自述：16岁时头发脱落，一年内全部脱光，无一幸存。此后十余年来，四处求医，八方寻药，从未间断。所服多为养血填精，乌须黑发之品，终无一效。

询知头皮无异常感，脱发前无特殊接触，饮食、二便正常；观其形体胖瘦适中，面色白，头皮光亮，一发不生，舌红润，苔薄白；切得六脉沉缓。

诊断：脱发。

辨证：精血不足兼阳虚痰凝。

治法：养血填精，温阳益气，化痰通络。

方药：乌须生发饮化裁。

熟地 20g	鹿胶 20g	枸杞 20g
制首乌 30g	黄芪 30g	当归 6g
白芥子 10g	肉桂 3g	干姜 6g
三七粉 3g	红参 15g	

上方连服50余剂后，头皮上生出灰白色绒发，又服30余剂，绒发增长至2ml左右，色亦渐转灰黑，现仍继服此方。改汤为丸。

按：①本案无特殊兼症，辨证较难，唯面白，脉沉缓可作为气虚辨证依据，故加红参。②本症脱发严重，病程又长，故纵有仙丹，亦非期月所能见功，原方既已初见成效，不宜轻易改弦更张，但作为丸，以为久服计。

十九、咳嗽诊治经验

俗语有云："咳嗽，咳嗽，医家的对头"。足见咳嗽一症，看似寻常，治疗却颇为棘手。今世之医，治咳多用"止嗽散"，或毕集冬花、紫苑、马兜铃、矮茶枫、枇杷叶等止嗽药于一方，进行饱和轰炸，强权镇压，结果逼而生变，往往适得其反，不仅咳反加剧，而且生出胸闷气紧，声嘶咽痛，身重腹胀，甚至咳血水肿等变证来。吾师痛斥其非，认为这是中医理论失于发扬之大不幸。他指出：治嗽之真诀，只在《内经》、《伤寒》、《金匮》中求之便可获得。《内经》论咳嗽之总纲，《伤寒》论外感之咳，《金匮》论内伤之咳，述症种种，归于治要，只在"气"、"津"二字上下功夫。他把咳嗽分为新咳、久咳、积年老嗽三类论治，既

简明扼要，又行之有效。

新咳 多为外感六淫所致，诊断时务必辨明感邪性质，但无论感受何种邪气，其基本病机均为肺气郁闭。所以，治疗时只要祛邪开郁，畅通其邪路，宣通其肺气，自能不治咳而咳自止，不止嗽而嗽自宁。若强为抑敛，肺失宣通，邪无出路，必生变端。凡外感初起，都不同程度地兼有风寒之邪，故吾师凡治外感初期的咳嗽，用辛凉之剂亦每兼三拗，以宣通肺气。

【病案举例】

感冒咳嗽

方×，女，19岁。1993年4月2日以咳嗽4天就诊。

自述：4天前感冒发烧，咽痛咳嗽，自服抗病毒冲剂，蛇胆川贝液、青霉素片，喉炎丸等药烧退，但咽痛未减，咳反加重。

询知咳嗽胸闷，咯痰不爽，口鼻气热；闻其语音重浊，咳声不扬；观其舌红，苔薄黄而润；咽部充血黯红；切得六脉浮紧而数。

诊断：感冒咳嗽。

辨证：表寒里热。

治法：解表清里。

方药：三拗汤加银翘大板。

麻黄10g　杏仁15g　生甘草10g
银花15g　连翘15g　大青叶15g

板蓝根 15g

上方服 1 剂，咽痛减、咳声响亮，咳吐黄稠痰。原方加桔梗 10g　续服 2 剂，痰净咳止，咽痛亦愈。

按：①咳声不扬，语音重浊，是感受风寒之邪的特异性症状，具有重要辨证价值。②口鼻气热、六脉未静，是前服寒凉，里热郁闭明证。③以三拗之辛温发越，开宣表卫，以银翘大板之辛凉清解，消除里热，表卫开则肺气宣通，里热解则肺气清宁，故不止咳而咳自止。

久咳：特指外感愈而嗽不止，历时逾月者。多为早服、过服凉遏之剂，致令肺气郁闭，水津不布，五津不行，久而郁于膜腠，肺失清虚使然。其基本病机为气滞津郁。治疗时唯调气行津是务，畅已郁之气，行已滞之津才是正法。只有气津流行，膜腠和柔和利，肺之宣降之机才能恢复正常，咳嗽才能根除。吾师治此，多以小青龙汤、苓甘五味姜辛半夏杏仁汤获效。亦有火郁、湿郁、津伤者，又当针对不同病因、病性、病机而调治之。

【病案举例】

咳　嗽

侯××，男，44 岁。1992 年 5 月 11 日以咳嗽 4 月就诊。

自述：4 月前患感冒咳嗽，经中西医治疗，感冒愈后咳嗽不止，遂自服止咳中成药多种不效。

询知咳嗽多发于夜半或穿衣脱衣之时，咳时气息奔涌，

须连咳数声，有泡沫痰少许咳出时方止；观其形色无大异，舌红，苔薄黄泛津，切得六脉沉弦。

诊断：咳嗽。

辨证：气阴两伤。

治法：养阴益气。

方药：百合固金汤加减。

二地各 20g	二冬各 20g	百合 30g
玄参 15g	贝母 10g	怀药 30g
枇杷叶 15g	杏仁 15g	甘草 10g

上方一服之后患者来告：病转增剧，终日咳嗽不止，未及一日，已将胁肋咳痛。再诊时舌转水滑，余无大异。参考服药反应，以脉为主证，断为肺气失宣，痰饮凝滞，改用小青龙汤。麻黄 15g、桂枝 15g、细辛 8g、法夏 15g、生姜 30g、白芍 15g、五味子 10g、甘草 10g。1 剂未尽、咳大减，连服 3 剂，诸证悉愈。

按：①本证咳而气涌，咳声连连，舌红苔薄乏津，逼似久咳气阴两伤兼肺中余热未尽之证，故初诊致误。②气阴两伤而兼郁热之证，脉当数，今反沉弦，加之服前方增病，是知真象在脉而不在舌与证。舌、证所见实则气滞津凝，气欲宣而不能，津欲散而不得之徵，故改投苦辛、苦温之剂而效。

积年老嗽：五脏六腑皆令人咳，不独肺也。此类咳嗽，或为久病大病之后，脏腑受伤，波及于肺而致；或为久咳不已，津凝膜腠，气隧挛急而发。久咳所致者，治宗久咳法。脾虚生痰而咳者，六君子汤治之；肝郁气滞而咳者，小柴胡汤治之；心阴亏损，心火灼金而咳者，天王补心丹治

之；肾阳虚衰，寒水不化，上射肺金而咳者，真武汤治之……总之，能辨脏腑寒热虚实治之，则久咳可愈，老嗽可除。

二十、慢性牙周炎诊治经验

牙周炎是一种常见的口腔疾病，以齿龈肿痛脓溢，久则牙齿松动甚至脱落为主要临床症状。中医学以龈为胃之络，齿为骨之余，故多从胃、肾两经分型论治。对肿痛较著者，多责之胃经实火；对齿松牙浮者，多责之肾阴亏损。而对脓溢久久不愈者，尚乏以脏腑为根据循经分型论治的系统论述。据这类患者的临床特点分析，应属脾经湿毒型，当从脾论治。临床所见本型为数甚多，且最易造成迁延难愈。若从脾论治，去其郁陈，畅其气机，解其邪毒，往往可以收到事半功倍的疗效。

本证临床特点为：龈色黯，酸痛绵绵，微肿胀，压之脓血杂见，脓质稠，血色黯，舌黯，苔厚腻而黄，脉缓滑。尚多伴见面色晦暗如积油垢，神疲倦怠有似劳损，大便溏薄不爽，小便黄热不畅等症状。病情多迁延难愈。

导致本证发生的病因为"湿"，或久处雾露，湿从外入；或过食肥甘，湿自内生。相感相召，合而为患者最多。无论内湿外湿或内外兼挟之湿，其浸渍郁积，都与脏腑功能状态密切相关，脾气不充，脾阳不振，是其重要的内在原因。

本证的中心病机为湿遏脾滞。人身脏腑气机，不独六腑以通为顺，五脏亦然，一有窒碍，营运顿衰，湿浊壅遏，

则滞塞脾气，脾气滞塞，则运化呆钝，外湿难化，内湿倍增，进一步加重湿遏脾滞的程度，成为恶性因果循环。湿遏日久，最易酿热成毒，化腐为脓。脾主肌肉，开窍于口，龈为肉之属，口为饮食受纳之门户，酸甘日蚀，辛辣屡侵，以及残渣刺激等，每多损及齿龈，成为至虚容邪之所，脾经湿毒上聚，发为本证。所以，本证的辨证论治，均不必拘执于胃、肾两脏。

本证的治疗，以畅脾解毒为基本原则。湿遏脾滞的病机一经形成，脾气阻滞便成了最核心的病机环节，不推逐其积滞，开通其气机，恢复其健运，则湿不得化，浊不得运，郁不得解，故通畅脾气为第一要法。湿浊既已化热酿毒，腐肉成脓，非解毒莫能排毒去腐，推陈致新，故解毒之法并举。

治疗本证的首选方为平胃散合五味消毒饮化裁。平胃散苦温芳香，最能除湿化浊，行气畅脾，五味消毒饮香苦微寒，既有突出的解毒作用，又无严重耗伤中阳弊端，二方合用，正可充分体现畅脾解毒的原则。外湿重者，加紫苏、藿香；内湿盛者，重用苍术，另加白蔻、砂仁；脾滞甚者，加山楂、神曲、莱菔子；脓多者，去天葵子，加土茯苓、苡仁。脓去肿消至八九分时，改用益气解毒方药善后，以固成功。

【病案举例】

齿龈脓肿

郭×，女，12岁。1992年3月18日以左上第二磨牙根尖脓瘘2月就诊。

其母代述：2月前患急性牙根肿痛，口腔专科诊为急性根尖脓肿，经服抗菌消炎药并行局部穿刺清洗后肿痛缓解，其后虽仍时呼牙根隐痛，因痛不甚剧，家长未再经意。半月后患儿自以指压迫病齿根部，有脓血溢出，于是再度赴专科检查，发现原病灶已形成瘘管，管口开于相邻第一磨牙根部，X光片检查见尖周骨质成轻度弥散疏松透明区，诊为慢性根尖脓瘘。经抗菌、消炎及中药清热解毒治疗月余，疗效不佳。

询知此子平素嗜食甘甜生冷，正常三餐反胃纳欠佳；观其瘘管周围有轻度水肿，面色黄晦，舌红、苔黄厚垢腻；切得六脉濡缓。

诊断：齿龈脓肿。

辨证：中焦湿毒郁滞。

治法：畅脾解毒。

方药：楂曲平胃散合五味消毒饮化裁。

焦楂 20g	神曲 10g	苍术 20g
厚朴 15g	陈皮 10g	蒲公英 30g
苡仁 30g	银花藤 20g	炙甘草 5g

上方连服5剂，外用“雅士洁口净”饭后漱洗，脓尽痛止。二诊时舌上腻苔退尽，原方去楂、曲、银花藤，加党参15g，干姜5g，再进5剂，瘘道愈合，未再复发。

按：①此子嗜甘贪凉，久则损伤中阳，湿浊内生，壅

遏营卫，酿热成毒，结于牙根，化腐成脓，变生本病。其中心病机在湿遏脾滞，治当运脾除湿解毒。前医不审病机，只见其毒，不见其滞，单纯抗菌消炎，清热解毒，脏腑机能障碍未能排出，机体自身处于消极状态，故事倍功半，转成慢性。②本病滞通毒尽后，治疗重点当转移到益气健脾上去，故减苦寒而增甘温。

参考文献

1.《黄帝内经素问校释》，北京，人民卫生出版社，1982年3月版。

2.《金匮要略释义》，上海，上海人民出版社，1973年2月版。

3.《医古文·汗、下、吐三法赅尽治病诠》，上海，上海科学技术出版社，1984年6月版。

4.《景岳全书》，上海，上海科技出版社，1984年5月版。

5.《中医病机治法学》，成都，四川科学技术出版社，1988年5月版。

学术思想

一、精究病机治法

吾师作为既是优秀临床家，又长期从事中医教育的一代方剂学名家，深深懂得，在前人留下的每一个医方里，都包含着一具以辨证论治为核心的活泼灵魂。因此，研方用方都不能孤立的着眼于方剂的结构和临床效能，而应当深入研究用方的理论基础和制方的基本原则。只有理透，才能法明；只有法明，才能方效。他强调指出：中医治病的特点是辨证论治，辨证的关键是捕捉病机，论治的关键是确定治法，依法组方，随证遣药，所以辨证论治贯穿了理法方药四个环节。只有根据五脏生理功能发生的病理改变去深入探索病机，确定治法，阐明方义，选择药物，才能使中医理法方药环环相扣，一线贯穿，并与临床各科构成一经一纬的辨证体系。这种辨证体系，正是张仲景《伤寒论》所奠定的异病同治辨证模式的进一步充实发展。学者若能深刻理解各个环节，做到据证析理，据理立法，依法组方，随证遣药，便能执简驭繁，正确处理各种复杂病变。为了实现这一良好愿望，吾师穷32年光阴，第一次根据脏腑生理功能深入研究了病机理论，第一次根据五脏病机系统研究了中医治法，第一次探索了依法组方规律。通过这些积累深厚的大胆尝试，最终实现了仿效《伤寒论》将中医理法方药融为一体的科学设想，从而为后学提供了从思

想方法到运用技巧，到临证措施的逻辑严密，内容充实，易学易记易行的中医理法方药运用模式。这是吾师对中医学术发展所做出的最突出成就。这些成就的取得，绝非凭空想象得来，而是建立在对中医学术发展源流的深入研究和对中医理法方药运用的苦心探索基础之上的。

（一）追本穷源论病机

吾师在研究中医病机理论过程中，对其发展源流，存在问题，生理依据，构成要素、临床意义等各个方面无不条分缕析，详加论述。凡有个人心得处，则能直抒己见，既无匿私藏秘之想，亦无忧嘲畏讥之虑，故每每新意迭出。

1. **概念详明**：吾师对病机概念的定义，较之中医高等院校教材及其它中医工具书都更为具体详明，他说："病机，是指病变过程中不同阶段的致病机理，是对四诊所获材料进行理性分析，综合病因、病位、病性得出的结论。任何疾病，必然要出现一系列相应的证象，这些证象不是孤立存在的，它们之间具有有机的内在联系，共同反映着疾病在一定阶段上的邪正斗争，阴阳失调，升降逆乱，脏气盛衰，基础物质的盈虚通滞等病变本质，这种内在联系的机括，就是病机，古人则称之为证。"（《中医治法与方剂》第三版，P.1）明确提出了病机与病因、病位、病性以及与证的关系，全面概括了病机的内在本质。尤其是"升降逆乱"、"基础物质的盈虚通滞"等内容的提出，是对过去病机概念的重要补充。

2. **源流清晰**：正因为是第一次根据生理功能去系统研究病机，没有现代模式可以借鉴，而学术发展又有着很强

的继承性，所以吾师一开始就很重视对病机源流的探寻，他在《中医病机治法学》中，撰写了“病机发展简史”，对各时期著名医家、医著在病机研究方面的贡献作了准确提炼，高度概括。这又是一个第一次尝试。

他深刻指出：《内经》奠定了后世病机研究的基础。在病因方面，《内经》已论及外感六淫，内伤七情，是后世“三因学说”之源头。在病位方面，《内经》以脏腑为主体，结合营卫气血确定病位的概念已非常明确，是后世脏腑病机研究的发端。在病性方面，《内经》强调辨阴阳、寒热、虚实，为后世八纲辨证奠定了基础。在气血津液方面，《内经》详论其营运常变特点、生理意义、病理影响，为气血津液盈虚通滞说之滥觞。在疾病传变方面，《内经》总结了外邪由表入里，五脏相互移易两条规律，是对外感、内伤两大类病症发展趋势深刻把握的开始。而其“病机十九条”，则是综合运用上述各类知识的优秀示范。

仲景《伤寒论》之六经病证，是脏腑病变的反映，专论病机条文虽然很少，其六经辨证所揭示的，却无一不是疾病在不同阶段上的病机变化，且为异病同治模式之创始。其《金匮要略》则是以脏腑辨证为核心，且开同病异治之端。巢氏《诸病源候论》的特点是以证象为纲阐述病机，条分缕析，每一条目都已具备病机三要素，即病因、病位、病性，但都未以脏腑生理病理为纲，使得某些病机缺乏理论根据，科学性不强。金元时期，成无己、刘完素、李杲、朱震亨、张从正诸家，对热病、杂病的病机研究亦各有建树。明代张景岳对病机论述最详，析理最透。清代温病学的形成，对外感病机又有突破旧说的新创见。

总之，在他的“病机发展简史”里，自秦汉以迄明清，病机发展轨迹清晰可辨，源流得以澄清。

3. **问题尖锐**：吾师在全面掌握病机发展概况的基础上，尖锐地提出了病机研究存在的问题。问题之一是：辨证模式繁多，病机分析不能实现规范化，不利学习运用。问题之二是：《伤寒论》以脏腑经络为纲分析病机的方法，可以执简驭繁，应变无穷，这一至关重要的方法，未得到系统研究发扬，异病同治之理反晦而不明。问题之三是：中医学术研究重视气化而忽略形质，某些病机分析缺乏根据，临床指导价值不大。这些问题的发现和提出，不仅具有探索性，而且具有创新性，令人耳目一新。

4. **方向明确**：吾师认为，要解决好上述问题，最根本的一点，就是要找到各种病机体系的共性，这就是病机研究的方向。正是以此为目标，他沿着历代病机研究的学术发展轨迹，结合临床实际深人研究，最终得出“统一病机体系的基础是脏腑”的明确结论。他还指出，只有以五脏组织结构和生理功能为依据，结合八纲辨证、病因辨证、气血津液的盈虚通滞、现代医学的精确检查研究病机，才能使病机理论从结构到生理，从生理到病理，环环相扣，既融病因、病位、病性于一体，又有根有据，易学易用。从而为中医病机理论的研究指明了方向。

5. **成绩斐然**：吾师针对病机研究存在的问题，吸收历代病机研究的众家之长，沿着自己探明的方向，对病机理论作了全面、系统、深人的研究。其突出成就约略有以下数端：

第一，明病机变化之本质。一切疾病的发生发展，都

是以结构损伤或功能障碍为起点的，只有物质及其运动变化尚未弄清的病理改变，绝无完全脱离物质及其运动变化的病机产生。吾师指出：中医学对人体组织结构和生理功能的认识，是以五脏为主体，经络为联属，精气为基础物质的结构和功能系统概念。正是运用这一系统概念，中医学把自然规律和人体生命规律最深刻又最生动地联系在了一起。也正是运用这一系统概念，中医学对人体疾病现象作了最全面又最灵活的说明。这一系统概念的物质内涵就是病机变化的根据。病机研究只有以此为本元、才能深刻揭示其所反映的病变本质。

第二，探病机变化之特点。吾师指出：一部《黄帝内经》，把宇宙万物运动的基本形式概括为升降出人。而且阐明自然万物的发生，发展，衰变，终结，都是自然之气升降出人运动的结果。居于气交之中的人，也就无一例外地与自然界处于同步运动状态，即脏腑功能与气血津液的运动也都以升降出入为基本形式。就病理而言，气机的升降出入障碍，也就成了一切疾病的基本病理过程之一。升降出入失常，波及五脏六腑，表里内外。外感多病于出入受阻，内伤多病于升降失常。升降出入之间又彼此联系，互相影响。出入为病可累及升降，升降为病，又可累及出人。升降出人又必受到四时气候变化，亦即自然界阴阳消长的深刻影响。

第三，论病机构成之要素。《中医大辞典》把病机概括为“病因、病位、证候”三要素，吾师将“证候”改为“病性”，概念更为精当明确。他还分别对三要素作了深入浅出的论述。

他认为，中医学的病因观念，体现了直接审因和审证求因的统一，是审证求因为主，直接审因为辅的独特病因体系。肇始于《内经》，定格于《金匮》，倡明于《三因极一病证方论》，而后代有发展的三因学说，都属直接审因的内容。其优点在于因果联系清晰，能较准确地揭示病变本质，易于掌握应用。但疾病是受诸多因素影响，不断运动变化着的复杂事物，如果脱离了人体内外的整体联系。单凭直接审因，又难以揭示复杂病变的本质，是其不足，通过辨证的方法，不仅从外因去解释现象的发生发展，而且更加强调从脏腑功能的盛衰和基础物质的盈虚通滞，去探求现象发生发展的综合原因、这就是中医学的审证求因。其优点是能动态反映疾病过程中因果联系的复杂性、多样性、辨证性，卓有成效地指导临床。

中医学的病位观念特点是：结构定位和功能定位相结合。结构定位也不全以解剖结构为依据，而是通过一些特定的模式结构来体现的。不同模式反映不同层次的病理变化，不同模式由不同辨证体系来具体体现。六经辨证，是以阴阳为纲，由浅入深，分为三个层次作为定位依据的；卫气营血辨证和三焦辨证，是以气血津液的受损程度，以及上中下三部脏腑功能的障碍状态，为定位依据的；八纲中的表里两纲，是各类病位模式的总概括。由此可见，各类辨证方式都包括病位观念在内。建立在以脏为主体的系统生理学基础上的脏腑定位，是结构定位和功能定位的有机统一，这种定位方法不仅在一定程度上弥补了中医学对细微结构认识的不足，而且即使在人体结构分析手段高度发达的今天，仍有很高的运用价值。因为单凭结构知识，仍

难全面解释某些疾病现象的本质，而脏腑定位却能执简驭繁地分析掌握各种复杂的病理层次，有效指导临床治疗。这是脏腑病机系统定位的主要特点和优点。

在病性方面，吾师认为，决定病性的最重要因素有两个方面，一是反映邪正斗争力量对比的虚实；二是反映阴阳盛衰程度的寒热。虚实是一组重要的辨证纲领，反映了基础物质的贮藏充盈状态和流通程度，以及在病理状态下呈现的衰弱和障碍程度，直接体现了疾病的性质。寒热也是一组重要的辨证纲领。主要反映五脏功能活动在病理状态下受到的影响和功能紊乱程度。虚实寒热在临床上又常常纵横交叉，相互联系，相互渗透，完整的病性概念必须体现这两方面的内容，否则就很难确定治疗方案。

因此，有关病机构成诸要素，遂成为条理性很强的系统知识。

第四、析病机与辨证之关系。病机的提炼，绝非简单经验判断，而是一个由表及里，由此及彼，由因及果，由果返因的十分复杂的综合分析过程。这在中医学中，就叫作辨证。在长期临床实践和反复理论总结过程中，历代医家创造了多种辨证方法，不同辨证方法从不同角度分析探求疾病的病因、病位、病性、各具特点，各有优势，临床运用时又互为补充。

吾师明确指出：脏腑辨证主要揭示各种病因作用下，某系统或多系统结构受损，功能障碍的病理实质，对病位，病性的判断具体、准确。无论外感内伤以及内外妇儿眼各科，离开脏腑辨证论病机，要准确定位、定性就难以实现。脏腑病机是一切病机的核心，脏腑辨证是各种辨证的基础。

气血津液辨证主要揭示人体基础物质的盈虚通滞状态，即不通、太通、亏损三类基本病理改变实质。由于各种基础物质的化、贮、布、用无一不受脏腑功能的主宰，故气血津液病机仍是脏腑机的组成部分。只有既了解何种物质受损，又了解损于何系统，疾病的定位定性才能更为精确。这就决定了气血津液辨证常常要与脏腑辨证相结合，才能全面揭示五脏病机的基本内容。

经络辨证主要揭示病因直接或间接作用于经络系统而引起的病理变化实质。经络发源于脏腑，在整体观、恒动观统率下，与脏腑系统、气血津液共同构成脏腑理论的三个主要组成部分。在病理上，经络病变与脏腑病变紧密相联，经络病机在本质上仍属脏腑病机之一部分。经络辨证只有同脏腑辨证相结合，才能深刻阐明其病机变化的所以然之理。

情志辨证主要揭示情志失调所致脏腑功能障碍，气血津液运行乖戾，经络气机紊乱等病症的病理实质。情志以神气活动为基础，神气以五脏精气为物质根据，在以五脏分司“五神”，而总统于心的中医理论体系中，一切情志失调的病理改变，都要落实到相应脏腑，才能为治疗提供可靠依据，从这个意义上看，情志病理变化仍旧属于脏腑病机的组成部分。另一方面，情志变化对脏腑病理变化有着微妙而又深刻的影响。所以，在杂病诊治过程中，脏腑辨证与情志辨证相结全，对明辨病性尤有特殊意义。

六气辨证主要揭示外感病机之病因病性。由于六气与五脏具有相通相恶的联系，所以，六气辨证揭示的病性，已成为脏腑病机的重要组成部分。脏腑辨证只有同六气辨证

相结合，才能对脏腑病机的病性内容在寒热虚实四纲之下作出更为具体的分析。

六经辨证为仲景所独创，主要揭示外感病由表入里，由浅入深的病机变化层次。经后世医家不断阐扬发挥，至清柯韵伯已有“伤寒与杂病合论”，“六经为百病立法”之著名论断，其应用价值早已突破外感病范围。六经辨证以脏腑经络之生理病理为基础，所反映的主要还是脏腑病变。六经病机仍以脏腑病机为基础。六经辨证作为一种特定的病机分析模式，与经络辨证也有所不同，六经辨证是从病理浅深层次定位，经络辨证则是从其循行络布区域定位。前者因病层浅深的不同，实际包含了病情轻重的定性，后者并不具有这种典型意义。这也是六经病机与经络病机的区别所在。

卫气营血辨证主要揭示外感温病过程中不同阶段的病理变化实质。卫气营血是脏象学说气血理论的组成部分，其病变本质属脏腑病机的气血病理范围。卫气营血又是以浅深层次为标志的病位概念。只有以卫气营血辨证为经，脏腑辨证为纬，才能具体反映温病在气血耗伤的四个特定层次上各相关脏腑所出现的病变机理及其传变规律。

三焦辨证主要反映温病过程中，邪犯先后，病变浅深层次。少阳三焦是联系五脏，交通上下的通道。邪从表入，要经三焦内传脏腑，呈横向传变形式；温邪上受，也要经三焦逐步向下，呈纵向传变形式。无论纵横传变，其病机变化都脱离不了三焦及其所属脏腑，只是认识角度不同而已。较之卫气营血辨证，三焦辨证能更紧密地结合脏腑定位。尤其值得一提的是，三焦辨证十分重视热邪壅遏三焦

所产生的湿热病理。三焦为人身水道，温邪经此不是从上焦向下顺传中下二焦，就是向上逆传心包（实指大脑）；其津气变化不是热盛伤津，就是湿热互结，故三焦病机对湿热病本质的说明，具有更突出的临床意义。

各种辨证模式的实用价值，不同辨证模式的相互关系，各类病机的临床意义，经吾师透辟分析，精当归纳后，始得以一一阐明。

第五，究病机分析之共性。吾师指出：在病机理论研究过程中，除必须以脏腑结构系统，生理功能，基础物质的存在状态，运动方式为依据，联系病因的六淫、七情，病性的八纲进行分析外，还必须注意结构系统与生理功能的整体联系，五脏之间的协同关系，五脏与基础物质之间的关系，基础物质之间的依存转化关系，脏腑功能与基础物质的升降出人，五脏六腑宜通的生理病理特点进行分析，才能做到既全面，深刻、具体地阐明病机三要素，又说理透彻，要言不繁。他把病机分析的共性概括为六大规律，很有说服力。

他明确指出：以五脏为主体的中医系统生理学认为，六腑、五体、五官与五脏有着不可分割的联系。在病理情况下，任何一脏发生病变，都必须从该脏生理功能和所属组织器官的某些部分反映出不同的征象。在探求病机时，只有联系该系统结构和功能的各个方面进行分析，才能揭示其病变本质，此五脏病机反映的共同规律之一。

五脏在生理上相互联系，相互协调，相互促进。各脏功能活动既是本系统的紧密配合，又是五脏间的协同合作。在病理状态下，则互相影响，互相波及。所以分析任何一

脏的病机，都要考虑五脏间的协同关系。此五脏病机反映的共性规律之二。

没有脏腑的正常功能活动，就不能进行基础物质的正常代谢；没有基础物质的正常代谢，五脏也就不能维持其正常功能活动。任何一脏发生病变，都不可避免地要波及气血津液等基础物质亦发生病理改变。分析脏腑病机，必须注意气血津液的盈虚通滞和脏腑之间的有机联系。此五脏病机反映的共同规律之三。

基础物质之间是相互转化和相互依存的，这种关系一旦失常，就成为病态。分析每一脏腑病机，都要注意气血津液之间的相互关系是否正常。此五脏病机反映的共同规律之四。

脏腑功能和气血津液都反映升降出入的运动形式。五脏气机的升降出入，实质上就是气血津液的升降出入。脏腑气机运动障碍，必然表现为气血津液的代谢失调；气血津液升降出入失调，也必然导致脏腑功能障碍。分析脏腑病机，必须联系基础物质的升降出入以阐明二者间的因果关系，此五脏病机所反映的共同规律之五。

气血津液是流通于以五脏为中心的五大系统之中，维持人体生命活动的基础物质，这些物质的化、贮、布、用，都是凭借流通这一运动形式来实现的。气血津液在五大系统中的通调适度，是保证人体维持正常生理状态的基本条件。一有阻滞，即成病态，甚至死亡，所以五脏宜通。五脏宜通论，既是分析病机的总纲，又是治法总纲之一；既是对一切皆变，一切皆流这一恒动认识的深化，也是脏腑病机所反映的共同规律之六。

吾师所概括的六大规律，反映了贯穿病机研究始终的整体观和恒动观两个特点，这是病机研究的原则，也是病机研究的基本方法，因而为中医学病机研究建立了一个新的起点。

在中医病机研究这个大课题中，吾师除作了上述原则性探索外，还对五脏通塞，三焦形质结构、生理病理、诊治规律，作了深入细致的研究，提出了一些全新的见解，这在后文另有专篇介绍。

不仅如此，他还在其代表作《中医病机治法学》和三版《中医治法与方剂》二书中，对发生于各脏腑的外感内伤具体病机，逐一作了深入辨析，观点新颖，说理透辟，具有很强的理论性和实用性，因此受到国内外学者的一致好评和重视。

（二）纲目井然论治法

有关中医治法的研究，是所有中医临床家和理论家都十分重视的焦点。自《内经》提出基本原则后，历代发展迅速，建树卓然。汉代之张仲景所创诸方，已分别体现了汗、吐、下、和、温、清、消、补、理气、理血、除湿、祛痰、润燥、固涩诸法，为后世各类治法的研究和发展，构筑了基本框架。隋唐时期，透过由众多医家所创数以千计的医方可以看到，联系具体病症而产生的具体治法已相当细密。而王冰在注释《素问·至真要大论》"诸寒之而热者取之阴，诸热之而寒者取之阳"时提出的"寒之不寒，是无水也，壮水之主，以制阳光"；"热之不热，是无火也，益火之源，以消阴翳"这一千古名论，早已成为治疗阴虚、阳

虚的不二妙法。两宋金元时期，各科治法，已相互渗透，纵横交织，河间之清泻、子和之攻邪、东垣之补土、丹溪之滋阴。成无己之明和解之理，都是对治法的开拓发展。明清之际，杂病治法，已发展到法无定法的精妙境界；外感治法，更是异峰突起，叶、薛、吴、王诸家，精究温病证治规律，于理，各得其趣，各领其妙；于法，各标其新，各立其异。经过他们的创造性发展，新的外感热病学体系得以建立。至此，中医治法在总体上已臻于完备，要在这样的基础上求进取、求发展，确非易事，然而，吾师正是在此基础上不断向纵深掘进，而有新发现，新建树的。

他从临床指导意义的角度，把所有治法分为治疗原则、治疗大法、据理立法、方即是法四个大类，每类所体现的是不同认识层次。治疗原则是最宏观的战略性认识，属第一层次；治疗大法是触及实质的纲领性认识，属第二层次；据理立法是联系具体病症的战术性认识，属第三层次；方即是法是针对具体病症在发展变化过程中，不同阶段的不同病机特点的细微认识，当然也是更具体化的战术认识，属第四层次。这是中医治法研究的规律性总结，也是中医治法研究的方向认识。

1. 治疗原则，各有针对

吾师认为，《内经》提出的各种治疗原则，都是有很强针对性的，是治法总纲，而不是模糊概念。要学好，用好中医治法，首先必须对这些原则性的理论有深刻理解。《内经》提的治疗原则，统括了致病机理，阴阳消长，气机升降，邪正盛衰，浅深轻重，津气通滞，病位病性等与疾病发生发展密切相关的各个方面，条理性又不那么强，因此

显得较为散乱。吾师将其归纳为12个要点，并逐点阐释，使之大义昭彰，条理井然，颇有助掌握运用。

第一，治病求本，谨守病机。吾师指出：病之本，本于阴阳。疾病的发生、发展、变化，都是阴阳对立斗争中偏盛偏衰变化的结果。治病求本正是针对阴阳盛衰变化而提出的治疗原则。疾病是万象纷呈的复杂过程，只有通过症象分析，深刻把握疾病发生、发展、变化的内在动因，才能真正把“求本”落到实处。能全面，生动展示内在动因的就是病机。所以《素问・至真要大论》强调，在辨证时要“审察病机”，在施治时要“谨守病机”。如果不明此理而头痛医头，脚痛医脚，见泻止泻，见咳止咳，是只看表象，不看本质，中医治疗优势是不可能得到充分体现的。

第二，病从浅治，迟则难医。吾师指出：这一治疗原则是根据中医预防学思想提出来的。中医主张防微杜渐，《素问・阴阳应象大论》说：“善治者，治皮毛，其次治肌肤，其次治筋脉，其次治六腑，其次治五脏，治五脏者，半死半生也。”疾病初期，邪人未深，正气未虚，治疗起来，效果最佳，疗程最短，难度最小。如延久失治，邪人日深，正虚日甚，治疗难度随之增大，疗效获取不易，疗程必然延长，给病人在体质、精神、经济上都会造成巨大损失，有的甚至酿成无法挽回的悲剧。所以，这一治疗原则是外感、内伤等一切疾病在选择治疗时机时都不可违背的基本准则。

第三，阴阳消长，治宜详审。吾师指出：调理阴阳是一切疾病的治疗总纲。如何调理阴阳？是个关键问题。对于外邪引起的阴阳偏盛，只须泻其有余即可使阴阳恢复平

衡。若阴阳盛极而使对立面受损，即所谓“阳盛则阴病”，“阴盛则阳病”时，法当去其有余，补其不足。若系阴阳偏衰的病变，则当在补其不足的前提下进行调理。阴虚阳亢者，当补不足之阴，制亢盛之阳；阴虚火旺者，当遵《灵枢·终始》“先补其阴，后泻其阳而和之”之训，滋阴与降火同施。阳虚而致阴凝者，法当益火消阴；阴凝太盛者，当宗《灵枢·终始》“先补其阳，后泻其阴而和之”之论，补阳与泻阴并举。这一治疗原则，针对了阴阳偏盛偏衰的几种最基本病理变化情况，是制订阴阳调理方案的总纲。

第四，调理升降，以平为期。吾师指出：人体气血津液等基础物质的升降出入，是机体生命活动的基本形式，是脏腑功能状态的直接体现。升降出入障碍，是一切疾病的必然病理表现。《素问·六微旨大论》强调指出：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危，”所以调理升降，至关重要。五脏皆有升，亦皆有降，升降都不可太过，也不可不及，太过、不及都是病态。《素问·至真要大论》“散者收之，抑者散之，高者抑之，下者举之”就是针对气血津液太过不及提出的治疗原则。其调治的目标则是以平为期。

第五，病位不同，治法有别。吾师指出：病位有表里上下之殊，施治也必须根据病位选择不同的治疗点，正如《素问·调经论》所说：“病在脉，调之血，病在血，调之络；病在气，调之卫；病在肉，调之分肉；病在筋，调之筋；病在骨，调之骨。”才能药中病所，收到良好效果。就表里而言，原则上是表病治表，里病治里。但在表里病情发生传变时，又当遵《素问·至真要大论》之训：“从内之外者，调其内；从外之内者，治其外；从内之外而盛于外

者，先调其内而后治其外；从外之内而盛于内者，先治其外而后调其内。”就上下而言，原则上是上病治上，下病治下。但在上下相干时，又当上病治下，下病治上，甚至上下同治，三焦并调。

第六，病性不同，施治自异。吾师指出：疾病虽表象复杂，但其性质不外寒、热、虚、实四类。寒热治则，在阴阳调理中已得到体现。仅就虚实两类证型而言，虚证宜补，实证宜泻，虚实兼挟，攻补同施。这个原则不难把握，难的是何时宜攻？何时宜补？何时宜攻补并行？如何准确把握时机？

第七，邪正盛衰，攻补异趣。攻补时机的把握，是以邪正双方的势力对比情况为根据的，新病正未衰而邪方盛，祛其邪则壅滞排除，气液流通，正气自复；久病不愈，邪正俱衰，扶其正则气血津液渐充，脏腑功能健运，邪气自退；如正已虚而邪犹盛者，补之则邪愈炽，攻之则正败亡，纯攻纯补，皆在所忌，唯扶其正以固其本，攻其邪以夺其标，才是两全之策。所以，祛邪复正、扶正祛邪、攻补兼施是针对临床最常见的三类邪正势力对比情况的三大基本治则。

第八，微者逆治，甚者从治。吾师指出：所谓“微”“甚”，是指在疾病过程中，矛盾发展程度而言。矛盾未至极端化水平，谓之“微”，其特点是临床现象与疾病本质相一致。矛盾达到极端化水平，谓之“甚”，其特点是临床表现与疾病本质相反。“逆治”指逆病本而治，即寒者热之，热者寒之，虚者补之，实者泻之之类，都是与病情针锋相对的，故又称正治法。这是临床最常规的治疗法则。“从

治”是指顺现象而治，即寒因寒用，热因热用，通因通用，塞因塞用之类，都是与病象相一致的，故又称反治法。必须特别注意的是，这种由“甚”——矛盾极向发展而产生的外在病象，与疾病本质完全相反，所以，从治是在现象上从其外之假象，而在本质上仍旧是逆其内之真情。

第九，宜通宜塞，斟酌其宜。吾师指出：五脏六腑，皆宜通畅，否则，气血津液就不能在机体各部正常营运。但通畅也是有限度的，太过不及都是病态。通与塞正是针对这两类病理变化而提出的治则。《素问·六元正纪大论》提出的“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之”，立意都在于通。综观五脏实证治法，无不立足于通，即使虚证，夹滞者也十居七八，亦当补中寓通。但通泄太过也是病态，多表现为津液外泄，血液外溢，精滑无度，小便失禁，体常自汗，涕、唾、白带清稀量多等等，对于这类因脏气失于固涩而导致的太通病理改变，当对因对性治疗，以提高脏气固摄能力，使通恢复到正常生理水平。不通与太通两种相反的病理有时也可同时存在，如阳虚自汗，内而津不化气，水液不通，外而表卫不固，津液自泄，阳虚是本，表虚是标，治以真武汤加人参、黄芪、五味、牡蛎温阳益气，固表实卫，可使气化流行，尿量恢复正常，表卫固密，津液不从汗泄。使两种对立矛盾在一定条件下得到统一。吾师对这一治疗原则研究最深，发挥最多而又最富创新性。

第十，因势利导，驱邪外出。吾师指出：一切邪气阻滞的病理改变，最基本的治疗目标，就是驱邪外出。最科学的驱邪原则就是因势利导。根据邪气存在的不同部位和

病情发展趋势，选择不同方法推逐邪气，开张邪路，在最短途径内最快、最有效地排除邪气，就是因势利导治则的具体体现。这一原则对逐邪安正，推陈布新尤有重要临床价值。

第十一，标本缓急，有常有变。吾师指出：《内经》提出的“标”、“本”概念，对确定病情轻重，拟定治疗方案具有重要指导意义。在一般情况下，本是病变的关键，也是治疗的重点；但在疾病发展过程中，出现危重证时，标又成为病变的关键，应把治标作为重点，这就是“急则治标，缓则治本”。在病势缓和的情况下，治本则标证自消。在标象严重紧迫，甚至危及生命时，只有把消除标证作为当务之急，才能息狂澜于方兴，使病情缓和，为求本之治创造良好条件。“急则治标，缓则治本”，只是相对而言，在多数情况下，急证仍须治本。如急性热病之热、渴、惊、狂，虽标象急如烈焰升腾，但治疗仍须清热解毒以消除致病原因，才能使病情从根本上得到控制而解标象之急，绝非生津止渴，潜敛重镇所能见功。急则治标属权变之法，仅仅是对治病求本的补充，而非普遍原则。在邪实正也虚，新病引发旧病，病因明确而又标象急重等情况下，又多以标本兼顾为原则，治本为主，兼顾其标。若单纯治标，是舍本求末，病必不治。

第十二，处方用药，当遵常法。吾师指出：所谓常法，并非平易寻常之法，而是必须遵循的一些基本原则。他师把这些原则概括为：

选方用药，应有主次，以准确诊对疾病过程中矛盾主从的各个方面：

药性病性，必须相应，以准确针对疾病过程中寒热虚实等基本属性，避免寒证误清，热证误温，实证误补，虚证误攻，铸成医疗事故。

药物数量，繁简得宜，以免矛盾单一而用药不专，反彼此受制；矛盾错综交织而当杂不杂，反顾此失彼。

药量轻重，恰如其分，以免病重药轻，药不胜病；病轻药重，攻伐太过。

使用毒药，适可而止，以确保既有效施治，又安全用药。

因时、因地、因人治宜，以确保整体观、恒动观思想在治疗学中的灵活运用。

以上各点，看似寻常，但却带有很高的原则性，背离了任何一点，处方用药的科学性都要受到严重破坏，为医者不可不重，不可不遵。

上述治疗原则，既是临证施治的规矩准绳，又是研究治法的指南，故谓之战略研究。

2. 治疗大法，推陈出新

《内经》不仅较全面地提出了基本治疗原则，而且还针对病位病性提出了不少较为具体的治疗方法，如《素问·阴阳应象大论》所谓："其在表者，汗而发之"、"其下者，引而竭之"、"高者抑之，下者举之"、"血实宜决之"，《素问·至真要大论》所谓："寒者热之"、"衰者补之"、"燥者濡之"、"结者散之，留者攻之"等等皆是。《内经》提出的这些原则和方法，既是后世治法研究的纲领，又是治法研究的起点。历代医家在此基础上不断充实丰富，创新拓展，使之日臻完备。经吾师全面总结，迄至目前，治疗大法已有

解表、泻下、和解、温里、清热、补益、滋阴、升降、理气、活血、止血、祛湿、祛痰、消导、固涩、解痉十六大类。他对每一类大法及所统方剂的适应证和运用要点都从病因、病位、基本病理、治法分类、配伍规律、临证应用、注意事项等方面作了系统研究，而滋阴、升降、解痉、活血止血等法及所统方药的研究，则多是他本人的创新和发展。

如滋阴一法，原本是以《素问・至真要大论》"燥者濡之"为主要依据，建立的一类专治五脏阴津亏损的大法。而在一般方书中，却根据六淫分类，把这类医方称为润燥剂，所列医方也多是治疗外感燥邪之方。吾师指出：这是对"燥者濡之"的狭隘理解。《内经》此论是针对一切阴虚立法，并非专为外感燥邪而设。以病因分类概此法，不仅有悖（经旨），而且也不能揭示病变本质。只有改为滋阴大法，才能深刻揭示一切燥证皆是阴虚的病变本质，科学界定了燥证范围。他还进一步分析指出：本法所统诸方，主治阴津亏损，与治阴津阻滞的祛湿、祛痰二法，治阴津外泄的固涩法，共同构成了全面反映津病治疗思路的津虚宜补，津滞宜通，津泄宜固的鼎立三法。从此，津液病变的不通、太通、亏损三种基本病理改变始得以全面揭示，滋阴法的概念始得以明确，前人对本法的认识误区始得以一一廓清。

再如升降一法，从概念的确定，到各项具体内容的分析研究，几乎无一不是吾师的创新。他首先明确指出：升降法是针对脏腑功能失调，津气升降失常拟定的治疗大法。其立法依据是《内经・阴阳应象大论》的"高者抑之，下者举之"。其所统诸方，主要由降泄、升举两类药物组成，

故称升降剂。这类医方有调理脏腑津气升降之功，主治脏腑功能失调，阴阳升降失常，其所体现的治法即称升降法。他还进一步指出：导致升降失调的原因十分复杂，六淫七情均在其中，六淫所致者，多影响肺脾；七情所致者，多影响肝肾；饮食失调，则多影响胃肠。虽五脏六腑均可影响津气升降失调，但关系最密切者，还是少阳三焦和脾胃。三焦为膜腠所构成，位处半表半里，为津气升降之道路，脾胃居于中焦，为津气升降之轴心，所以津气升降病变常要联系二者分析病机。在津气升降失调病变中，气机失调是关键，气升则津升，气降则津降，气行则津行，气滞则津壅。总之，津随气行，言气则津在其中。凡治津气升降失调病变，当根据病机特点和脏腑生理特点而调之，不能简单使用调理升降药。只要病机消除，脏腑生理功能恢复正常，则不用升提而津气自升，不用降坠而津气自降，辨证准确才是决定性的前提条件。在具体治法上，一般情况下，凡津气升降失调病变，均以调气为先。从此，中药的升降浮沉理论，中基的气机升降理论，才在治疗学上得以生动体现。

又如解痉一法，其基本概念亦由吾师提出。此前，一般方书均把治疗体表筋脉痉挛的方剂归于治风剂下，明显属于病因分类认识方法。以解痉代治风，是由病因分类转变为了组织结构分类，这种认识角度转变的优点在于能深刻揭示病变本质，阐明治疗原理。吾师指出：解痉法的提出，是以《素问·至真要大论》“急者缓之”为立法依据的，其所统方药具有缓解内脏经隧及体表筋脉挛急之功，是治疗组织结构发生劲急挛缩病理改变的唯一治法。导致筋脉

经隧挛急的原因主要是外因风、寒、湿、热，内因气郁、血虚、阴亏，外伤致痉应视为特殊病因，可以不内外因概之。一切筋脉挛急病证，可以三大基本病理加以说明：一是邪气阻滞，筋脉收引；二是阴津亏损，筋脉失于濡养；三是阳气虚衰，筋脉失于温养。其病位在筋膜，病本在肝。治疗上应抓住病因、病理、病位、病本四大要素，在辨证论治原则指导下遣方用药。总体上还是以对因、对性治疗为主，解痉为辅。反之则失去了中医解痉法的优势和特点。把治法改为解痉，不仅揭示了风是筋膜挛急的征象这一病理本质，明确了“治风剂”多具缓解筋脉挛急的治疗原理，扩大了治疗经隧挛急病证的范围，更重要的是填补了针对组织结构施治的治法空白。

至于将理血剂分为活血、止血两大法，则在客观上使第三层次治法趋于更加具体，充分展示各种治法的基本结构，有助于更好地掌握组方规律。

吾师指出：综观各类治疗大法，每一法都突出了某一方面的主要作用。如消除病因的有消导、驱虫等法；针对病位的有解表、泻下、和解等法；针对病性的，除清热、温里二法外，还有以气血津液的盈虚通滞和升降出入为依据拟定的理气、活血、止血、升降、祛湿、祛痰、固涩、滋阴、补益等法；针对组织结构的则有解痉法。至此，治法体系才达到较为完备的程度。一切针对具体病证的具体治法，都是在这些大法的指导下产生的，大法是具体治法的纲领，要创造发展具体治法，必须首先研究大法，掌握立法组方规律，才能应变无穷。

3. 据理立法，丝丝入扣

吾师在他的代表作《中医治法与方剂》(第3版)一书中，以五脏为纲，类列病症，以各种病症的病机为根据拟定治法，共列治法124种，较为全面地概括了目前临床常用治法。对每一种治法，又都从立法理论依据，适应病证，针对病机，具体运用形式，代表方等方面作了融汇贯通的详细研讨，使中医理法方药成了有机联系的统一整体，令人习之有规，用之中矩，具有很强的实用性。

以辛温解表法为例来看，吾师首先指出：这一治法是针对外感风寒病机拟定的，主治风寒束表所致恶寒发热，头身疼痛，鼻塞流涕，咽痛失音，咳喘气紧等外感病症，还可治疗水肿、疮、疥等其它与肺系功能相关的病症。接着分析了各种症候的内在病理本质，其最主要的带有共性的环节是肺气不能正常宣降，津液不能正常布散。因此，辛温解表法的制方思路主要是消除病因，调理脏腑功能，流通气血津液。其结构严谨的代表性方剂也都包括了具有上述作用的三类药物。他还进一步指出：由于肺系功能失调时，也常兼见它脏病变，加之受邪有轻重，邪入有浅深，表郁有微甚，气血津液运行障碍有偏差，这就决定了症象、证性都不尽相同。所以，体现这一治法的配伍形式便有针对气虚感冒的益气解表，针对阳虚感冒的助阳解表，针对表寒里热的解表清里，针对表寒里饮的涤饮解表，针对表寒里温的和中解表，针对表寒气郁的理气解表等六种。在各种配伍形式下都列举了代表方。一种治法所展示的就是同一类疾病的完整诊治体系。吾师在研究各种治法时，除都具有严密的系统性外，在不少治法之下，还大胆地阐发了自己的某些独到见解，赋予了多种治法认识以新颖性。如

他在论述升阳举陷法时提出：若气机下陷，湿注前阴，出现小便癃闭，前阴潮湿，妇女带下，其治法与治脾运障碍或功能减退引起的泄泻如出一辙。抓住病机相似或相同这个关键，把辨证治疗均具有一定难度的杂病，妇科病同最常见的病相类比，给人的启发确是既深刻又举一隅而反三。再如他在论述清热止血法时提出：一切热证出血，虽部位不同，却都应责之于肝。咳血有木火刑金之说；吐血有肝火犯胃之论；便血有肠风下血之名，言“风”则肝在其中；崩证更是肝经有热，迫血妄行且又疏泄太过，血不藏于肝而经血暴下之证。他还从传统中药药理的角度，研究了常用清热止血药，指出这些药都具有清肝、敛肝作用，可见前人在治热证出血时，已深刻把握了当以肝为治疗中心这一基本特点。他还通过对清热止血方配伍形式的剖析，提出血热仅是引起肝脏疏泄失常的原因之一，此外，兼挟风邪，阴虚阳亢，肝气郁结，都可引起疏泄失常而呈失血。故在清热止血方中有配伍荆芥、防风、白芷等以疏风泄邪者；有配伍龙骨、牡蛎、龟板、白芍等以平肝潜阳者；有配伍柴胡、香附等以疏肝理气者。其用药旨趣，在于恢复肝的正常疏泄，达到止血目的。这种根据病情不同，兼顾肝脏各种功能的配伍法度，充分体现了治病求本的中医治疗原则。陈教授的这些见解，对揭示清热止血法本质，确实起到了画龙点睛的作用。又如在论述和解少阳法时，吾师把少阳病变本质归纳为①气的病变：或气郁化热，或升降失调，或气滞作胀。②津的病变：津凝为湿，阻于三焦，随气上下，侵犯五脏。③胆液病变：胆汁流通受阻，滞气作痛。④组织病变：气郁津凝，膜络失柔，而为痛、强、晕、

呕等证。其对病机探讨的细密深详程度，是其它任何书籍所不曾有过的。明确提出少阳病的痛、强、晕、呕属膜络失柔，更是准确反映中医进步发展的时代新认识。

至于"活血调津法"、"缓急解痉法"、"升降三焦法"等治法，则是吾师通过对病机的深入研究后，针对某些病机本质确立的新法。"活血调津法"是针对血瘀津阻病机拟定，其立法依据是血行脉中，津行脉外，水津阻滞可以影响血液运行，血运不利也可影响津液流畅。若瘀血阻滞兼见痰凝湿阻，在处方配伍时，应于活血方中加祛痰、燥湿、芳化、淡渗药物，组成活血调津之方以治之。古人虽未明确论及此法，但在他们所创制的处方中已有丰富体现。如调肝散配石菖蒲、半夏以燥湿化浊，手拈散配草果以温中化湿，桂枝茯苓丸配茯苓以淡渗利湿，都是活血调津并用的配伍形式。从一个全新的角度入手，去研究血、津运行障碍的复杂病理关系，并创立新的治法，确能在思想方法上给人以重大启示。"缓急解痉"法是针对膈膜痉挛病机拟定，其立法依据是：筋膜以和柔为常，或邪阻气滞，或气血阴阳亏损而致筋膜失其和柔则为病。治疗膈膜失柔病变，当在消除病因的基础上辅以缓急解痉，才能标本兼顾，收到良好效果。同时，他还列述了"少阳、阳明实热"，"痰饮停滞"，"瘀血阻膈"，"肝气郁结"，"中焦虚寒"，"真阴欲竭"，"肾阳衰微"八大证型及寒热、虚实、挟气、挟瘀、挟痰、挟食的鉴别诊断要点，条分缕析，令人耳目一新。"升降三焦法"也是前人所不曾明确论及的，该法针对三焦闭阻病机拟定。其立法依据是三焦以膜腠为物质实体，膜腠位居表里之间，是津气运行之道路，上下之气莫不由三焦

升降，表里之气莫不由三焦出入。邪阻三焦则气机闭塞，升降失司，多发喉痹、痧胀、绞痛、昏绝等急重之证。治当开通气机以复其升降。欲降不能者，开闭结以促其降；欲升不能者，开闭结以助其升。总在开闭散结上求升降之机。而且还根据寒热虚实的不同，列举了代表方药。从而为我们研究因三焦升降失司引起的急重证的诊治，在理论认识上辟出了一块新天地。

总之，在吾师笔下，各种病证的病机实质被清晰剥露出来，各种治法的焦点，精确针对着病机实质，论理有根，立法有据，形成了一个以五脏病机为核心的较为完整的辨证论治的理论体系。这是一项前人不曾做过的系统工程，吾师穷 32 年光阴，锲而不舍，孜孜以求，才告完成，个中艰辛，可想而知。

4. **依法释方，方即是法**

要把病机治法理论落到临床运用的实处，就必须通过复方来加以体现。所以，复方的研究是和病机治法研究紧密联系在一起的。吾师指出：使用复方治病，应该根据病情分析病机，根据病机拟定治法，在法的指导下组成符合病情需要的方剂。法是制方的理论依据，方是法的具体体现，二者关系最为密切。他把这种关系归纳为四个层次，作了深入探讨。

第一，法是组方依据，应当依法立方。当中医理论体系形成后，药物的运用即摆脱了原始试探的蒙昧状态，复方的配伍，更是受到治法的严格指导和制约，而不是随心所欲地胡乱搭配。吾师指出：法是方的神髓，有法无方，法就成为不可捉摸的东西。只有通过方来反映治法，治法才

能成为有形可征的实体；方以法为依据，依法组方，方才能随疾病过程中矛盾的主从兼挟，而君臣不乱其位，佐使不失其度，成为符合法度的有制之方。如针对“过汗亡阳，表虚不固”这一病机的“调和营卫，回阳固表法”，是治疗外感风寒，发汗太过，汗出不止，恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸病症的基本方案。在体现其本旨的医方产生前，这种方案就只能停留在认识上，无法得到贯彻落实，只有以此为指导，创制出在药味、药性、药量上都准确反映其精神实质的医方来，这种治疗方案才能转化为具体措施，真正落到运用的实处。相反，离开了这一方案，医方的创制，也就失去了科学指导，成为盲目行为。《伤寒论》正是在这一方案指导下，才创制了把药物作用集中在阳虚表卫不固这一矛盾焦点上的优秀医方“桂枝加附子汤”的。如果没有这一方案作指导，就很可能是敛汗、利尿、舒筋等药物的杂乱组合。这种对标不对本的杂乱无章之方，于亡阳重证，不仅毫无运用价值，而且对历炼未深的医生最易在认识上产生误导作用，为害尤烈。历代优秀医方都是在正确的治法指导之下创制出来的。今天，我们在解决新问题，创制新医方时，也必须以精确辨证，准确立法为前提，才能做到科学配方，精当遣药，创制出真正疗效独特的优秀医方来。

第二，法是用方依据，应当依法遣方。吾师指出：正因为医方的创制是以治法为依据的，所以援用成方，也不能脱离治法的指导。脱离了治法的指导，就会迷失原方的治疗方向，疗效也就不可能正确体现。如仲景所创大承气汤，体现的是苦寒泻下法，治热结便秘，其效最佳。临证

之际，只要诊断为热结便秘，依法选用本方，即可立建通腑泻热之奇功。若不以法为指导，一见便秘、即投本方，则阴血亏虚便秘者，得之阴愈伤而血愈耗，暂通之后，秘结更甚；气虚便秘者，得之气随液脱，败亡立见。谬不在方，而在用方者知方而不知法，丧失了原方配制运用本旨。一旦方之神髓散亡，自然就成了僵死废品，甚至成为杀人砒鸩。现存古方，都是前人从实践中得来，其中不少优秀医方经历代医家反复验证，确有奇效，如能依法选用，借鉴古人，则比自己伧促组合的更好，因而成为中医学的一笔巨大财富。当我们在发掘运用这批宝藏时，尤当牢记，它们是前人灵魂的凝聚，是有生命的知识结晶。

第三，法寓方之理，当依法释方。吾师指出：在方剂的学习运用和研究过程中，深刻阐明方义，对准确把握制方原旨，不断提高用方水平，有很大的促进意义。但切忌以药释方，而应当以法释方。他以调气疏肝的四逆散为例，对此作了生动说明。他说：仲景用治“少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利或腹中痛，或泄利下重者，”之或然五症，每症反应一脏的病变，说明此方可治肝气郁结所致筋膜失柔，气血津液失调出现的五脏病变。因为五脏六腑，四肢百骸，均由大小不同的经隧联成一体。经隧由肝所主筋膜构成，如心系的血管，肺系的气管，脾胃的肠管，肝系的胆管，肾系的输尿管、输精管、输卵管等皆是。这些经隧是摄取能量、布散精微、排泄废浊的通道。如经隧弛张异常，必影响气血津液的升降出人。气血津液运行失度，又会影响经隧的和柔。二者常互为因果，同时出现组织结构和基础物质病变的证象。四逆散证属肝气郁结、经

隧挛急，影响血液流通，阳气内郁不能达于四末。发为四肢逆冷；脉络紧张，血运不畅，遂致心悸不宁，此肝病及心见症；若肝病及肺，肺系挛急，肺气不利，则咳嗽气急；肝病及肾，肾系挛急，水道滞塞．则小便不利；肝胆自病，胆道痉挛，胆汁壅阻，则腹中急痛；肝木克土，传导失常，则下利后重。五大系统气血津液不能正常流通，皆因肝气郁结，疏泄失常，经隧挛急所致。治此宜调气疏肝，恢复其疏泄之常，并配柔肝缓急之品，解经隧筋膜之挛急，才是两全之策。四逆散正是以调畅气机和柔和经脉两组药物为基本结构的。方以柴胡疏畅气机，宣通腠理；枳实行气消痞，泄其壅滞，使气液运行正常，气液畅通，则有利于经隧的和柔。芍药益阴柔肝，缓解痉挛；甘草缓其急迫，使经脉复归和柔，经脉和柔，又有利于气液流通。充分反映了该方配伍上特别注意药物间的协同作用。在吾师笔下，四逆散方义得以入微剖析。通过这一方义分析实例可以看到，吾师释方，是理法方药四个环节一线贯穿的。他特别强调，医方是根据理法组合而成，只有联系理法释方，才合制方原旨；只有联系理法释方，才能通释一切医方；只有联系理法释方，才能彻悟制方之理；只有联系理法释方，才能不断提高依法选方、用方、制方水平。如果单从药物功效和君臣佐使去分析方义，那么，四逆散所治，除腹痛易于理解外，其余诸症则莫得其解。以偏概全，得末失本的狭隘认识就无法避免。

第四，法为方之纲，当依法类方。吾师指出：法是制方的纲领，要做到有规律，有系统的认识众多医方间的相互关系，就必须抓住法这个纲，才能真正做到鳞介咸分，奎

张不乱。所以，无论是研究方理，还是编著方书，都应当首先进行科学分类。科学分类的前提就是以法类方。依法类方的优点有二：一是见其法而知其用，便于临证选取。二是循其法而得其理，有助揭示制方原旨，总结配伍规律，使方剂学基础理论得到深化。

综上可见，陈教授对治法的研究，具有精详、新颖、实用这样三大特点，在当代中医界堪称独树一帜。

二、“五脏宜通”论

长期以来，五脏通塞之气机活动特点一直晦涩不明，当代著名中医专家陈潮祖教授在研究中医脏腑病机的过程中，响亮提出：“五脏宜通。”本文以《内经》有关“天地气交”、“阴阳更迭”、“万物资生”、“天人相应”、“人体结构”、“脏腑功能”、“气血营运”、“五脏生克”等多方面的论述，为此说提供了充分的理论根据，并深刻阐明了天地之大宇宙与人身之小宇宙中，气机升、降、出、人，无不以“通”为用。人在气交中生，气交中长，“五脏宜通”正是物质运动状态之基本特征在人体生命活动过程中的必然体现。

本文还从理论和临床两个方面，阐明了“五脏宜通”说的实用价值。最后，以实际临床医案为基本内容，举例介绍了陈老运用“五脏宜通”说诊治郁、滞、闭、塞、瘀、虚六类脏气不通病变的丰富临床经验。

（一）“五脏宜通”说的提出

在《素问·五脏别论》：“所谓五脏者，藏精气而不泻也，故满而不能实；六腑者，传化物而不藏，故实而不能满也”之论的基础上，后世明确提出：“六腑以通为用”而未及五脏。五脏气机活动到底是“以通为用”，还是“以塞为用”？自此晦而不明。这是一个直接涉及临床治疗学思想的重大问题，有鉴于此，当代著名中医学家陈潮祖教授，在其《中医病机治法学》一书中，响亮提出：“五脏宜通”。他还以《内经》之说为根据，对“五脏宜通”的生理、病理及治疗意义作了深刻论述。但由于体例所限，此说的理论基础，临床价值，以及具体到各脏的生理、病理、诊断、治疗意义都还没有得到十分系统的阐述，于是嘱意我这个医理未精、文理未畅的学生、撰文以尽其未尽之意。这是师命，也是史命，我感到那么沉重，那么力不从心，好在有高人的肩头让我去踏，加之两年来，在老师的谆谆教诲下，学术上获益不少，我才敢勉力而为，沽勇而上。

（二）五脏功能活动特点晦而不明探源

要解决好一个问题，首先必须找到问题的根源所在。五脏气机活动特点晦而不明的根源在哪里？沿着“六腑以通为用”说这条线索溯源而上，源头并不难找到，它就在《素问·五脏别论》篇有关脏腑藏、泻、满、实之论中。因为在这段文字里，藏与泻相对而论，脏与腑完全对立，很容易让人在探讨脏腑气机活动特点时，建立完全对立的认识，加上后世学者在研究发挥这段经论时，明于腑而晦于

脏，只高揭“六腑以通为用”说之帜，却不见五脏通塞之端倪。所以，这段经论既是“六腑以通为用”说的滥觞，也是五脏气机活动特点晦而不明的根源所在。

查明源头，仅仅是找到了解决问题的起点，并不等于问题得到解决。要真正从学术本质上澄清这一疑点，还得首先辨明经论与后世之说是否性质同一？对于经论有关脏腑藏、泻、满、实之说的辨析，1986年光明日报出版社出版，由成都中医学院郭重夫教授主编的《黄帝内经讲解》一书，最为畅达透彻。其谓“五脏主藏精气，其所藏精气，即是水谷所化生的精微之气。只有所藏精气丰满充盛五脏，乃至全身的脏器组织才能发挥正常的生理功能，所以五脏精气宜贮藏于内，不宜散泄于外。”又“‘化’，指转化。‘传化物’，指六腑不但有传送水谷的功能，而且也是水谷消化腐熟、化生精微的场所。水谷只有在六腑中依次传送，才能化生精微，排泄糟粕。”又：“藏，就是吸取水谷精华；泻就是传送水谷，排泄糟粕。所以脏有‘满而不实’，腑有‘实而不满’的特点”。显然，经论所阐述的是脏腑生理功能特点，而并非脏腑气机活动特点。后世在研究阐释这段经论时，提出的“六腑以通为用”说，并不是以“泻”为根据得出的有泻才有通的结论，也不是对六腑生理功能的进一步概括，而是强调了“通”对六腑生理功能正常发挥的重要性和必要性。非“通”不能传，非“通”不能化，非“通”不能泻，非“通”不能维持其“胃实肠虚”，“肠实胃虚”，“实而不满”的生理状态。“通”是由六腑气机升降来实现的，“六腑以通为用”，实质上是对六腑气机活动特点的概括，其与经论之藏、泻、满、实说虽有密切联系，但

一言脏腑生理功能，一言六腑气机活动，性质绝不同一。因而在研究五脏气机活动特点时，绝不能简单地以“藏”而“不泻”去机械类推，更不能错误地以“六腑以通为用”说为对照，反其意而求之，而应当是在深入研究“五脏藏精气”之生理意义的基础上，去探求五脏气机运动特点，才能得出真正符合客观规律的认识来。经论所谓“不泻”，是指五脏所藏精气不直接排泄于体外，并非藏而不用。恰恰相反，五脏所藏精气是机体生命代谢活动的基本物质，必然，也必须源源不断地输送到机体包括脏腑在内的各个部分，机体生命代谢活动才能持续进行，作为健康机体的言、行、视、听以及喜、怒、忧、思、悲、恐、惊也才能正常发挥，六腑的“传化物而不藏”，和五脏的“藏精气而不泻”也才能得以实现。五脏要正常地发挥其“藏精气”作用和把所藏精气输送到全身，气机通畅仍然是必不可少的前提条件。不通，则六腑运化所得之精何由而入？五脏欲藏无门；不通，则五脏所藏之精何由而出？机体欲用无路。似此，五脏还有何存在的价值和意义？所以，只有“五脏宜通”才是五脏气机活动特点的正确概括。

（三）“五脏宜通”说的理论根据

学术不是无源之水，无本之木，“五脏宜通”的学术见解，绝不是凭空想得来的，而是通过对中医理论的深入研究，并以之为根据提炼得来的。当我们把研究的目光投向中医理论渊薮——《黄帝内经》时，便不难发现，“五脏宜通”说与中医理论无一不相契合。

1. 从《内经》天人观看“五脏宜能”

以《黄帝内经》为代表的中医学术思想，是以对自然界的宏观研究为基础，以对人体生命规律研究为核心的。无论是在论述宏观自然现象还是人体生命现象时，都自始至终贯串着一个共同的认识，这就是“万物恒动”。《素问·六微旨大论》说：“成败倚伏生乎动，动而不已，则变作矣。”自然万物和人体自身都处在永恒运动之中，正是由于运动不息，决定了寒暑交替，春秋往来，朝暮移易，以及植物生、长、化、收、藏，动物生、长、壮、老、已的变化发展。自然世界那么万象纷呈，其运动形式有无共同特点？答案是肯定的。因为无论世界多么复杂，其本元之质均为“气”，《内经》正是以把握气的运动特点来把握天地万物的运动特点的。气的基本运动形式是什么？那就是《素问·六微旨大论》所明确指出的：“升、降、出、入”。欲升降，欲出入的必要条件是什么？仍然是“通”。不通，升降奚为？不通，出入何由？是故天地气交，阴阳消长，万物生化，天人相应，无一不“以通为用”。

（1）天地气交，非通不行：早在《内经》问世之前，中华先民便透过风、雨、雷、电等自然现象，深刻把握住了弥散于天地之间的自然之气并不是静止不动的，而是一刻不停地运动变化着。《内经》为了通过认识自然去认识人体生命规律，大量继承吸收了有关这方面的知识。如《素问·阴阳应象大论》说：“清阳为天，浊阴为地，地气上为云，天气下为雨；雨出地气，云出天气”，不仅科学地解释了云雨的变化，而且形象地说明了天地之气的基本运动形式。《素问·六微旨大论》进一步明确指出：“气之升降，天地之更用也……升已而降，降者谓天；降已而升，升者谓地。

天气下降，气流于地；地气上升，气腾于天。故高下相召，升降相因，而变作矣。”深刻阐明了气的升降是天气和地气相互作用的结果，以及这种相互作用对自然气象、气候的重大影响——使之不断地发生变化。但无论是天气之降，还是地气之升，也无论是云气之布，还是雨气之施，都离不开气机的交通流行。倘若天地闭塞，气机不行，云气从何而升？雨气从何而降？地气从何而上？天气从何而下？所以说，天地气交，非通不行。

（2）阴阳消长，非通不达：有了天地气交，便有了阴阳的对立统一。四时往复，昼夜交替，无一不是阴阳对立统一规律的具体体现。《素问·至真要大论》说：“阳之动，始于温，盛于暑；阴之动，始于清，盛于寒。”一年之中，由春温变为夏热，是阳长阴消变化的结果；由秋凉变为冬寒，是阴长阳消变化的结果。又《素问·金匮真言论》说：“平旦至日中，天之阳，阳中之阳也；日中至黄昏，天之阳，阳中之阴也；合夜至鸡鸣，天之阴，阴中之阴也，鸡鸣至平旦，天之阴，阴中之阳也。”这种四时中的阴阳消长，和一日中的阴阳转化，都是阴阳互通互用在气候、气象方面的生动体现。倘无阴阳相通，何来春温夏热，秋凉冬寒？又何来一日之中朝辉夕阴，昼明夜暗的阴阳盛衰变化？当我们求之于阴阳运动的实质——天体运动时，便能更深刻地理解“通”对于阴阳消长运动所具有的重大意义。《素问·六节脏象论》以“天为阳，地为阴；日为阳，月为阴；行有分纪，周有道理”的论述，揭示出自然界阴阳运动变化的实质，是天、地、日、月按照一定轨道运行变化所导致的。这绝不仅仅只是天体间位置关系的影响，而是天之阳，

地之阴，日之阳，月之阴相互流通，亦即光、热、磁、电等诸多天体物理因素相互作用及其位置关系影响的结果。如果太阳的物质流被完全阻断，不能到达地球，或天体间位置固定不变，则地球之寒热何由交替发生？四时何由往复出现？昼何由始？夜何由止？阴阳运动何由体现？所以说，阴阳消长，非通不达。

（3）万物资生，非通不化：有了阴阳的消长运动，便有了万物的资生。万物的资生，经历了一个由简单到复杂，由低级到高级的过程。影响并促进这一过程完成的重要因素，仍然是“通”。《素问·天元纪大论》说：“在天为气，在地成形，形气相感而化生万物矣。”天气之施，地气之受，天地气合而有生，这是生命的起点，也是万物繁衍的起点。“相感”就是在相通基础上的相互作用。没有相通，无从相感，天气自是独阳，地气自是孤阴，孤阴不生，独阳不长，生命的发生便失去了最基本的条件，正是由于天地之气能相通而后相感，天体运动过程中的阴阳消长，才能作用于地球自然，使之发生有如《素问（气交变大论》所说的“东方生风，风生木……其化生荣……；南方生热，热生火……其化蕃茂……；中央生湿，湿生土……其化丰备；西方生燥，燥生金……其化肃杀……；北方生寒，寒生水……其化清谧”的不同气候，气象，物候，物象变化。没有春气的流通，便没有和煦的春风，也就没有万物的复苏；没有夏气的流通，便没有炎热的南风，也就没有万物的蓬勃发展；没有长夏之气的流通，便没有天地氤氲，也就没有累累硕果育成；没有秋气的流通，便没有干燥凉爽的西风，也就没有万物精气的聚敛；没有冬气的流通，便没有凛冽

的北风，也就没有万物精气的闭藏贮存。可以肯定，季节气候的变化，绝不仅仅只是温差的变化，而是包含着除光、热、磁、电外，迄今尚未能完全知晓的种种物质流的改变。正是来自宇宙的各种物质流与地球物质流的相互流通，相互作用，才有了生命的资生。也正是来自宇宙的各种物质流在各天体运行中处于不同位置时的量变，对生命体直接或间接的影响，才有了生命的由简单到复杂，由低级到高级的繁衍；以及植物的生、长、化、收、藏和动物的生、长、壮、老、已的发展。“通”，仍然是决定性的条件。所以说，万物资生，非通不化。

(4) 天人相应，非通不能：正是由于有了万物的资生、演化，才逐渐有了人类的诞生。《素问・宝命全形论》说：“夫人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人。”人和其它自然万物一样，也是天地之气相互流通，相互作用的产物，与自然界也有着息息相通的关系。《素问・六节藏象论》说：“天食人以五气，地食人以五味。”这是最容易被人们感知的以呼吸、饮食与自然的相通。不仅如此，而且正如《素问・生气通天论》所指出的那样：“天地之间，六合之内，其气九州九窍，五脏，十二节，皆通乎天气。”人体以五脏为中心的五大系统，无一不与自然界相通，无一不时时刻刻受到自然界种种因素的影响，有关这方面的论述，《内经》中十分丰富。如《灵枢・本藏》篇说：“五藏者，所以参天地，副阴阳，而连四时，化五节者也。”指出了机体在适应自然变化的过程中，五脏和外界并不是单纯地相通，而是有着十分特殊的联系，所以五脏之气的升、降、浮、沉，与四时阴阳的消、长、盈、缩，具有相应的节律

性。又《灵枢·五乱》篇谓："经脉十二者，别为五行，分为四时，……五行有序，四时有分，相顺则治，相逆则乱。"进一步阐明了不仅五脏与自然有着相通的关系，就连十二经脉也与四时、五行相应，而且只有相应，才能维持正常的生理状态。《内经》中的这些有关天人相应的理论，是猜度臆断之词呢？还是言之有据，确有所本？《灵枢·五癃津液别》篇以"天暑衣厚则腠理开，故汗出；……天寒则腠理闭，气湿不行，水下留于膀胱，则为溺与气"这一最直观的生理现象，作了最通俗易懂的回答和说明。《素问·八正神明论》则以天气的阴、晴、冷、暖变化对人体气血浮沉的影响，作了更为深刻的说明。其谓："是故天温日明，则人血淖泽而卫气浮……；天寒日阴，则人血凝涩而卫气沉。"没有天人之气的相通，天之寒、暑、阴、晴何能被人感知？又怎么能够引起机体腠理开阖，汗蒸尿聚，乃至气血浮、沉、滞、畅的种种内在变化？可见，天人相应，非通不能，《内经》是持之有据的。但《内经》毕竟不是单纯讨论天人相应的作品，而是以研究人体疾病这一客观事物为宗旨的医学著作。所以，有关天人相应，非通不能的大量论据，主要还包含在对人体发病和病理现象的论述中。《灵枢·岁露》篇十分肯定地说："人与天地相参也，与日月相应也。故月满则海水西盛，人血气积，肌肉充，皮肤致，毛发坚，腠理郄，烟垢著，当是之时，虽遇贼风，其人浅不深；至其月廓空，则海水东盛，人气血虚，其卫气去，形独居，肌肉减，皮肤纵，腠理开，毛发残，膲理薄，烟垢落，当是之时，遇贼风则其入深，其病人也卒暴。"天体运动之所以能对人体生理和发病产生那么深刻的影响，

绝非神灵所为，而是建立在人气与自然之气相通基础上的“天人相应”的具体体现，同时也是“五脏以通为用”的具体体现。因为人身气血、毛发、肌腠，无一不为内脏所主，其应时而动，应时而变的现象，正是内脏气机运动随时变异的外在表现。《灵枢·顺气一日分四时》篇，以疾病发展过程中朝、暮、昼、夜的不同变化，对天人在相通基础上的相应，作了更为生动有趣的说明。谓：“夫百病者，多以旦慧、昼安、夕加、夜甚，何也？……四时之气使然。……春生夏长，秋收冬藏，是气之常也，人亦应之。以一日分为四时，朝则为春，日中为夏，日入为秋，夜半为冬。朝则人气始生，病气衰，故旦慧；日中人气长，长则胜邪，故安；夕则人气始衰，邪气始生，故加；夜半人气入藏，邪气独居于身，故甚也。”这不是凭空想象，这是一切有过患病经历的人都有过的客观感受。《内经》深刻揭示了这一现象的所以然之理，就在于人气与天气相通，并随天气之阴阳消长而盛衰变化。如果不能相通，昼、夜、旦、夕对于人体来说，不过是一种景象变化罢了，绝不可能施加如此微妙的影响。《内经》中相关的内容还多，但勿需一一列举了，以上内容已足以说明“天人相应，非通不能”是对“天人相应”关系的本质揭示了。

综上可见，《内经》在讨论天地气交、阴阳消长，万物资生，天人相应等问题时，无一不以“通”立说。“通”，是宇宙万物运动的必要条件，也是宇宙万物运动的特点之一。宇宙万物如此，五脏何独不然？所以，《内经》在论述人体生理病理时，对“五脏宜通”，作了更为深入系统的总结。

2. 从《内经》的生理观看“五脏宜通”

《内经》从人体生理结构、生理功能以及各系统生理关系方面，深刻阐述了天人相应、五脏互生、互用、互制等复杂而又微妙的关系，都是建立在气机相通基础之上的。不通，则内外隔绝，人体小宇宙的生命活动与自然大宇宙的阴阳升降，便失去了节律同步的联系，客观上等于失去了生命体生长繁衍所必须的外环境；不通，则脏腑气血营运阻绝．各系统之间便失去了有机联系，客观上等于失去了生命代谢活动所必不可少的内环境。迄今为止，还没有发现自然界有不需外环境或内环境而健康繁衍的生命体存在。所以，无论是从天人相应看，还是从脏腑间的相互联系看，离开了“通”，都是不可能实现的。

（1）人体结构，无处不通：从《内经》所描述的人体结构看，以五脏为中心的五大系统，是由无数大小不同的管道或信息纤维紧密联系在一起的，《素问．调经论》说：“五脏之道，皆出于经隧，以行于血气”。《灵枢·逆顺肥瘦》篇又说：“手之三阴，从藏走手；手之三阳，从手走头。足之三阳，从头走足；足之三阴，从足走腹。”又，《素问．血气形志》篇谓：“足太阳与少阴为表里，少阳与厥阴为表里，阳明与太阴为表里。是为足阴阳也；手太阳与少阴为表里，少阳与心主为表里，阳明与太阴为表里，是为手之阴阳也。”又，《灵枢·经脉》篇称：“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠，还循胃口。上膈属肺，从肺系横出腋下，下循臑内，行少阴心主之前，下肘中，循臂内上骨下廉，入寸口，上鱼，循鱼际，出大指之端……”（其余各经循行略）。五脏以经隧相通，十二经属脏络腑，布行全身，阴阳经首尾相连，如环无端。正是这套网状系统组织，把

脏腑、肢体、窍道、乃至毛孔都连结成了一个统一的有机整体，使得表里透达，上下交通，气血营运无碍。在生理学范围内，只有物质基础尚未弄清的功能活动特点的存在，而绝对没有脱离物质基础的功能活动特点的存在。经隧、经络系统就正是“五脏宜通”的物质结构基础。

（2）五脏六腑，肢体窍道，气息相通：有了物质结构上的相通为基础，于是便有了五脏与六腑，与四肢百骸，与五官九窍在生理机能上的息息相通。《灵枢·本输》篇云：“肺合大肠……心合小肠……肝合胆……脾合胃……肾合膀胱。”与组织相应在“通”，与六腑相合亦在“通”，手太阴肺之脉，下络大肠，上膈属肺；手阳明大肠之脉，络肺，下膈属大肠。这就是“通”的基础。有了这样的基础，肺气才能通过肃降助大肠传送糟粕。其余五脏五腑亦然。其要在“通”。

五脏不仅内与六腑相合，而且外与血脉、筋骨、皮毛相应。《素问·六节脏象论》称：“心者，生之本，神之变也；其华在面，其充在血脉，为阳中之太阳，通于夏气。肺者，气之本，魄之处也；其华在毛，其充在皮；为阳中之少阴，通于秋气。肾者，主蛰，封藏之本，精之处也；其华在发，其充在骨；为阴中之少阴，通于冬气。肝者，罢极之本，魂之居也；其华在爪，其充在筋，以生血气……此阳中之少阳，通于春气。”五脏与血脉、皮毛、筋骨等组织经脉相系，气息相通，其色泽才能在相应组织得到反映，其精气也才能源源不断地充养相应组织，同时，五脏也借助这些外周组织沟通了同自然界的联系，并接受自然季节气候变化的深刻影响。

五脏与七窍也有着密切的联系，《灵枢·脉度》篇谓："五脏常内阅于上七窍也，故肺气通于鼻，肺和则鼻能知臭香矣；心气通于舌，心和则舌能知五味矣；肝气通于目，肝和则目能辨五色矣；脾气通于口，脾和则口能知五谷矣；肾气通于耳，肾和则耳能闻五音矣。"人能通过七窍感知外界的形、色、气、味、音，主要取决于五脏气机与七窍的息息相通。

好了，不必再一一列举了，《内经》所勾画的以五脏为中心的人体结构，以及所描述的以五脏为中心的人体机能联系，可以说是无处不通。人体是一小宇宙，正是由于小宇宙的无处不通，才得以和无所不通的自然大宇宙建立全息的联系，从而及时、全面、准确、深刻地反应出自然界运动、变化、发展对于人体生命活动的巨大影响。

（3）气血营运，精微布散，所赖在通：人体生命活动的持续进行和健康发展，有赖从自然界源源不断地摄取营养物质，以供代谢之需。从物质的摄入到代射的完成，都需要以五脏为中心的五大系统，在结构上和功能上都畅通无碍，才能顺利实现。这样的条件，在健康机体是完全具备的。所以，《灵枢·营卫生会》篇说："人受气于谷，谷入于胃，以传于肺，五脏六腑，皆以受气，清者为营，浊者为卫，营行脉中，卫行脉外，营周不休，五十而复大会。阴阳相贯，如环无端。"《素问·经脉别论》也说："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水津四布，五经并行。"《素问·痹论》还说："营者，水谷之精气也，和调于五脏，洒陈于六腑，乃能入于脉也，故循脉上下以贯五脏，络六腑也。卫者，水

谷之悍气也，其气慓疾滑利，不能入于脉也，故循皮肤之中，分肉之间，熏于肓膜，散于胸腹。”由水谷精微化生的气、血、津、液，有的行于脉中，有的行于脉外，运行全身，无处不至，周而复始，无休无止。因而才保证了“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄”（《素问·五脏生成篇》）以及思维、语言等各种生理功能的正常发挥。“通”，在气血营运，津液布散过程中，仍然是决定性的条件。

（4）五脏生克，非通不制：在《内经》中，有关五脏生克的关系，是以季节气候对脏腑生理影响来曲折阐明的，这在前而有关天人相应关系的讨论中，已转引过不少《内经》的见解，兹不赘引。五脏生克，是五脏间的生理制约关系，生是促进的关系，克是抑制的关系。没有五脏的相互资生，就没有五脏的蓬勃发展；没有五脏的相互抑制，也就没有五脏的平衡协调。正如张景岳在他的《类经图翼》中所论：“造化之机，不可无生，亦不可无制。无生则发育无由。无制则亢而为害。”生与克，共同形成了五脏间的制约关系。这种制约关系仍然是建立在五脏气机相通基础之上的。没有气息的相互灌注，心自是孤立的心，肺自是孤立的肺……五脏之间隔塞不通，生的物质如何布运？克的信息又如何传递？这种制约关系是绝对无从建立的。唯有在通的基础上去求生，生才有根；在通的基础上去求克，克才有源。所以说，五脏生克，非通不制。

3. 从《内经》的病理观看“五脏宜通”

五脏气机通畅，是机休健康的根本保证，一旦气机阻滞，就会发生气血营运失序，津液布散障碍的病理改变，而

变生种种疾病。正如《素问·调经论》所说："百病之生……皆生于五脏也，……五脏之道，皆出于经隧，以行于血气，血气不知，百病乃变化而生。"

（1）五脏气滞则病：五脏之气，贵在流通，无论何种原因导致的气机阻滞，都会引起气血不和而产生种种病症。《素问·举痛论》说："五脏卒然而痛，何气使然？……经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，涩而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。……寒气客于背俞之脉则脉涩，脉涩则血虚，血虚则痛，其俞注于心，故相引而痛。……寒气客于厥阴之脉，厥阴之脉者，络阴器，系于肝，寒气客于脉中，则血涩脉急，故胁肋与少腹相引痛矣……"以上种种疼痛病症，都是由于寒邪阻滞经脉，气机运行不畅所引起，经脉根于脏腑，实际上，一切经脉气机阻滞的病变，都间接反映了脏腑气机受阻，仍然可以看作是五脏气机在一定程度上的不通。脏腑气机阻滞的病理改变，不独外邪所致，精神情绪的失常也可导致。所以，《素问·举痛论》还说："悲则心系急，肺布叶举，则上焦不通，荣卫不散……恐则精却，却而上焦闭，闭则气还，还则下焦胀。"无论上焦、中焦、下焦，都不是独立于脏腑经脉之外的生理单位，而是以脏腑为内应，经脉为网络的。任何一焦的气机闭塞，其实质都是内应脏器气机障碍。

（2）五脏不通则死：五脏贮藏精气，并源源不断地将其布散到全身，以维持机体代谢之需。五脏贮精布精作用的发挥，有赖建立在气机通畅基础上的整体协调运动，任何一脏的气机不通，都会使整体协调关系遭受破坏，而导

致气血营运废止，精微不藏不布，代谢中断，生命终结。《素问·经脉别论》从生理角度正面阐述了精气输布与五脏的密切关系，其谓："食气入胃，散精于肝，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。毛脉合精，行气于府，府精神明，留于四脏。"由此可以见到，这是一个多么复杂的整体过程。其中任何一环遭受破坏，这一整体协调运动都不可能完成，后果的严重性是可想面知的。所以《素问·玉机真脏论》说："急虚身中卒至，五脏绝闭，脉道不通……脏真虽不见，犹死也。"正气突然暴绝，或外邪徒然中于人，病起急聚，五脏气机闭塞或断绝，血脉不通，即使没有出现真脏脉，也属死证。《素问·热论篇》还进一步指出：五脏已伤，六腑不通，营卫不行……故死矣。"不仅五脏不通难治，面且一切伴有五脏损伤的六腑不通、营卫阻塞的病证都是难以挽回的。有鉴于此，《素问·热论篇》强调：营卫不行，五脏不通则死矣。"

五脏不通的病理影响，从微、甚看，主要可分以上两类：从其临床表现看，则或痛、或痹、或机窍闭塞，或神志失聪，现象颇为复杂；从其病性范围看，主要导致的是实证，更确切地说，主要是由风、寒、暑、湿、痰、食、瘀、毒以及由情志激变等引起的脏腑气机阻滞性病变。这不仅是《内经》理论所及，而且在现实临床实践中例证甚多，俯拾皆是，这在后文将专门加以讨论。所以，从病理的角度，也可以反证，五脏确实宜通。

（四）"五脏宜通"说的实用价值

"五脏宜通"说的实用价值，主要体现在理论和临床两

个方面。理论方面又分生理、病理两大范围。临床方面则主要是对中医治疗学思想的指导。

1. **理论价值**

五脏“通”、“涩”的生理活动状态特点研究，是一个长期被忽略的问题，“五脏宜通”说不仅填补了这一研究空白，更重要的是，以精辟的见解，准确提炼出了五脏生理功能活动状态特点，澄清了医林中的一个古老疑团。“五脏宜通”，是一切健康机体都必须保持的生理状态，在生理范围内带有普遍的意义。为病理研究奠定了正确认识的基础。

在病理学范围内，则透过“五脏宜通”这一五脏生理活动状态特点，深刻揭示出一切原因导致的阻滞性病症，其内在本质都是五脏不通。这虽不带有覆盖一切病理变化的普遍意义，但所统括的内容仍然很广。广义言之，凡实证及虚实挟杂的病变，十之七八均在此中；狭义言之，凡五脏本脏不通者，多属疑、难、重、危之证。故此说对实证和疑、难、重、危证的病理研究尤有突出的指导价值。

2. **临床价值**

“五脏宜通”说的临床价值，主要体现在治疗学方面。《素问·至真要大论》指出：“必先五胜，疏其血气，令其调达，以至和平。”这可以说是“五脏宜通”说在治疗学思想上的总体现。具体落实到五脏，又如何体现?《素问·六元正纪大论》进一步指出：“木郁达之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。”正如吾师所说：“所谓达之、发之、泄之、折之，其实都是通的治疗措施”，意在“反复说明疏通五脏气血津液，才是治病要领”。（《中医病机治法学》P. 31，以下凡引本书内容，不再标书名，只标页码）在

《内经》治疗学思想指导下，后世创立了“解表、涌吐、泻下、温里、清热、补益、和解、理气、理血、除湿、祛湿、祛痰、固涩、润燥、升降等十四类大法。”（P.62）在这十四类大法里，除固涩、润燥、清热、补益四法外，其余十类大法均与“通”有着直接的联系。此外，在某些特定的情况下，补法也寓有通的意义。解表、祛痰在于宣通肺气；涌吐、泻下、除湿在于畅通脾胃之气；和解在于疏通肝胆之气；升降在于通调三焦之气；温里在于通行十二经之气；理气中之行气、散结、开窍诸法，则或通心、脑之气，或通百脉之气；理血法中之活血化瘀法在通心、肝、脉、络之气。吾师通过对脏腑病机和历代治疗大法的全面总结和深入研究，认识到在病机上，无论是痰阻还是血凝，湿滞还是食积，六淫外犯还是七情内伤，其关键的病理环节都是“气机郁滞”。始则邪伤气滞，继则气滞邪聚，失治或误治，则邪聚又进一步加重气滞，形成恶性循环，终致气闭邪结，而成“营卫不行，五脏不通”之恶候。在前人创建的各类治法上，无论是解表还是通里，祛痰还是除湿、散结还是导滞，破瘀还是排毒，疏郁还是开窍，无不寓行气于其中。在这一认识基础上，吾师对“五脏宜通”说在临床治疗学上的具体运用，作了全面发挥。其主要见解为：

（1）五脏欲通，贵在调气：五脏不通，主要表现在对气、血、津、精的运行输布上。气、血、津、精在输布过程中的基本运动形式，仍然是升、降、出、入。气、血、津、精的升降出入，是通过五脏气机的升、降、出、入来实现的，而“气在升、降、出、入中居主导地位。在气、血、津、精的运动中，气的升、降、出、入尤起关键作用。因为气

为血帅，津随气行，故气行则血行，气滞则血滞，气畅则津布，气郁则津壅。”（P.15）周学海《读医随笔》也说：“升降者，里气与里气相回旋之道也；出入者，里气与外气相交接之道也。”所以，五脏欲通，贵在调气。一切与五脏不通相关联的病变，调畅气机都是最重要的治疗措施。

五脏不通的病变，宏观上可分为虚实两类，虚则正气不足，实则邪气有余，因而其调气原则又迥然有别。

（2）欲通不能，实则当泻：凡邪气阻遏，而使得五脏气机障碍的病变，邪气阻滞是因，脏气不通是果，如痰阻于肺，血瘀于心，食滞于胃，湿聚于肾等皆是。祛邪即能消除障碍，恢复脏气流行的生理功能，所以祛邪即能通气，故实则当泻。这儿的泻，不是具体的泻下法，而是包括泻下法在内的一切排除实邪的措施，在消除病因的同时，仍当视病情需要，不同程度地辅以调气之法，使邪随气行而易去，正得气导而易通。

（3）欲通无力，虚则当补：凡脏气虚衰，推运无力而成窒碍之势者，脏气虚衰是因，气机窒碍是果，如心阳虚衰之胸痹，肾阳虚衰之癃闭，肺气虚衰之喘满，脾阳虚衰之胀满等皆是。此类以虚为本，欲通无力的五脏气机障碍病变，补虚即是通气，故虚则当补。这儿的补，不是包括滋阴养液，填精养血，收敛固涩在内的一切补法，而是特指益气温阳的补益元气法。此类补法的运用，一般也应佐以少许温通气机药物，以助元气推运激扬之力，但绝不可用破散耗气之品。

（4）五脏通涩，斟酌其宜：任何事物都存在着矛盾的两面性，五脏不通的对立面就是五脏通之太过。不及与太

过都是病理状态，都需要通过治疗加以调整。治疗不通的方法是通，治疗太通的方法是涩，其间的界限如何区分？陈老作了明确的阐述，其谓："流通受阻会呈气滞、血瘀、痰凝、湿阻；流通太过，又呈为精血津液不藏之证。……综观五脏实证治法，无不立足于通；即使虚证，亦有当补中寓通者。"（P.56）太通宜涩者，则"津液不能正常升降出入而外泄，血液不循常道而溢出脉外，阴精不能封藏固密而滑泄无度，都是太过象征，均宜涩之使固。如体常自汗，肠滑失禁，小便失禁，白带清稀，肝血不藏，精关不固，阳气浮越皆是。"（P.57）从而为我们划清了五脏宜通宜涩的界限。

自此，五脏宜通宜涩的千古疑义遂得以从理论和临床运用上全面澄清。以上所论，不过是陈老对这个问题的研究心得的举要罢了，其实际成就远不止此，尤其是他在以"五脏宜通"说为指导、解决临床实际问题方面积累的丰富经验，其中不少是可以发人深省，垂范后世的。

（五）"五脏宜通"说临床应用举隅

陈老以"五脏宜通"说为指导，解决临床实际问题的经验十分丰富，其中有许多案例是十分生动有趣而又寓意深刻的，对临证思维具有很大启发意义。当我分类总结研究陈老的这些经验时，得知其体现五脏宜通病理变化的案例约略可分为郁、滞、闭、塞、瘀、虚六类，现每类试举一例，以明其灵机巧变之思。

1. 郁者当疏

五脏皆可为郁，但此处所论，是特指五脏不通病理改

变中的肝郁气滞，情志不畅一类，其余概不论及。此类病症多因情志激变，精神受到巨大刺激，未能及时充分宣泄，或长期精神受到压抑而起。其临床表现多为健忘、失眠、头痛、胸闷、便秘、溲闭、不饥不食，终日默默等特点。治当疏肝理气为主。俾气机畅达，郁滞伸张，诸证自解。不宜盲目使用镇静药，更忌滋腻填塞。

【病案举例】

健　忘

汤某某，女，35岁，某机关职员。1993年4月13日以健忘、失眠、头痛、闭经半年就诊。

其夫代述：患者半年前因工作失误受严励批评、书面检讨、扣发一月奖金处分，自觉委屈不服，回到家中，遂一睡三日不起，此后终日不言不笑，做事茫无头绪，过手即忘，家人以为闷气使然，初不以为意。后历月不改，且月事断绝，频呼头痛，其夫始惊悟为病态。于是八方求医，四处觅药，西医给予镇静和植物神经功能调整剂；中医迭用甘麦大枣汤、天王补心丹、酸枣仁汤以及龙骨、牡蛎、首乌、天麻等品，均无效果。

观其面色红润，神情安静，无异常人；询知二便正常，饮食尚可，月经数月未潮（其夫代述），头部太阳穴掣痛，时作时止，痛无定时；查舌红，苔薄黄乏津，气色板滞，脉细弦。

吾师以舌象板滞，脉象细弦为气机郁闭的根据，分析

此证为肝郁不疏，三焦气滞。谓肝藏血、藏魂、主疏泄而性喜条达，结构上厥阴与少阳相表里，气息相贯，实为同一生理单元。肝气郁结，疏泄不及，则血壅于肝，月事乃乱；魂抑不发，神机闭塞，聪灵顿失。三焦为气机运行之枢纽，治当畅气疏肝，开三焦郁闭。

诊断：健忘。

辨证：肝郁气滞、神机郁闭。

治法：疏肝行气开郁。

方药：柴胡疏肝散合三香汤化裁。

枳　壳 6g	香　附 10g	香　豉 6g
降　香 10g	郁　金 6g	瓜　壳 10g
桔　梗 10g	焦　栀 10g	石菖蒲 6g
薄　荷 6g	柴　胡 6g	川　芎 3g

上方水煎服，每日 1 剂，微煎频服。剂未尽而头痛止；3 剂尽而言笑偶见，神识渐清，服第 4 剂后，出现大便干燥，心中烦热，遂求二诊。

二诊时，舌苔松浮黄腻，脉之细象已去而见弦滑。吾师谓三焦不仅为气机运行之枢纽，亦为水液流行之道路，气滞水停，湿浊内郁，今随气机发越而有外散之象，欲透不能者，盖因中焦之浊阴久郁化热，已成结聚之势，里气不通，则表气不透，机窍不开，治仍守定厥阴、少阳不易，开郁通里并行，在“通”字上下功夫。方用大柴胡汤合涤痰汤化裁；

柴胡 12g	枳实 15g	半夏 15g
茯苓 20g	竹沥 1 瓶	胆星 15g
大黄 6g	莱菔子 30g	石菖蒲 10g

上方服1剂，下粘液便4次，患者精神不减，并无所苦，陈老嘱其原方再进1剂，下至粘液便尽为度。2剂未尽，大便清稀爽利，神志清朗，4日后月经来潮，诸证告愈。

按：①本病临床多从百合病或脏躁论治，陈老不为成见所囿，以苔滞、脉弦细为诊断要点，将本证断为肝郁气滞实证，确是历练深厚，慧眼独具。②近世以来，凡精神类疾病，实证多以镇敛为治，虚证多以滋补为法，陈老却首先大胆使用宣通法，以伸厥阴、少阳抑遏之机，畅其郁闭之气；继而涤痰荡浊，佐以疏达开通，以排泻浊阴，畅通下焦气机。使上下宣通，升降有序，表里透达，机窍顿开。不调神而神自运，不调经而经自通，是意在法中，功在法外。

2. **滞者当导**

五脏之气皆可滞，但此处所论，是特指五脏不通病理改变中的脾胃食湿壅滞，积久化毒一类，其余概不论及。此类病症，多因久嗜肥甘厚味、湿浊内生，未能及时消磨导逐，久郁成毒而起。其临床表现多为脘闷纳呆，便溏不爽，龈肿口疮，甚或胃痛吐胀等特点。治当畅通脾气，导滞排毒。俾脾气健运，滞消毒泄，诸证自解。最忌寒凉清解，伤伐中阳。

【病案举例】

牙　痈

周某某，男，42岁，炊事员。1992年4月20日以齿

龈脓溢3年就诊。

自述：1989年春，患弥漫性牙周炎，经西医抗菌消炎治疗未愈，渐至上下龈酸胀钝痛，伴晨起刷牙脓血俱下。先后3次X片检查，均诊为慢性弥漫性牙周炎。自此，中、西两法并用，西药抗菌消炎，中药清热解毒，但岁历三载，未见殊功。

观其人形体肥胖，面色晦暗，舌质边尖绛红，上结厚腻黄苔，上下齿龈处处压之脓出，质稠粘，夹紫血少许；询知既往嗜肥甘，好烟酒，喜浓茶，自谓"五毒俱全"，大便溏薄粘滞，小便黄热不爽，齿龈酸胀隐痛，晨起最著；六脉缓滑面兼弦象。

炊事员久居湿地，过食肥甘，外而湿热氤氲，表气郁遏；内而湿热蓄积，营卫壅滞。日久酝酿成毒，上聚齿龈，化腐为脓。此正《经》所谓"膏粱之变，足生大疔"之变象是也。脓见而知毒成；脉缓滑，苔厚腻色黄面知湿盛又兼郁积化热之象；二便不爽皆属湿浊阻滞，气机不畅的表现。观其脉症，确为湿遏脾滞的证。其中心病理环节在于湿浊壅遏，脾气窒塞，健运不行。倘脾气伸张，运化强健，清者自升，浊者自降，何以聚而化腐？故治当畅脾除湿解毒。

诊断：牙疳

辨证：湿遏脾滞，聚毒化腐。

治法：除湿畅脾解毒

方药：平胃散合五味消毒饮化裁。

苍术 20g	厚朴 15g	陈皮 12g
生甘草 6g	紫苏 15g	焦山楂 15g

神曲 10g　　　蒲公英 30g　　银花藤 15g

苡　仁 20g

昼尽 1 剂，入夜，汗出粘衣，晨起觉齿龈酸胀减轻，刷牙时脓血减少。效不更方，原方续进 3 剂，自觉粘汗渐出渐畅，酸胀隐痛渐释，脓血渐尽。再诊时舌上黄腻苔已退三分之二，齿龈压无脓出，唯紫血少许，其色较前红淡，知邪毒大势已去，余孽未尽。此际脉络空虚，恐余邪卷土重来，啸聚为患，急急填补中气为要，佐清余毒可矣。以益气健脾解毒为法，施以补中益气汤化裁。

升麻 15g　　　柴胡 10g　　　黄芪 15g

党参 15g　　　炒白术 12g　　炙甘草 6g

当归 6g　　　丹皮 15g　　　蒲公英 30g

茯苓 30g

上方进 3 剂后，诸证痊愈。为固成功，党参换作红参，黄芪加倍，再进 3 剂，并嘱其减少烈酒炙炒，肥甘厚味，食饮以清淡为宜。

按：①本证的中心病机为湿遏脾滞。人身脏腑气机，不独六腑以通为顺，五脏亦然。一有窒碍，营运顿衰。湿浊壅遏，则滞塞脾气，脾气滞塞，则运化呆钝，外湿难化，内湿倍增，进一步加重湿遏脾滞的程度，成为恶性因果循环。湿遏日久，最易酿热成毒，化腐为脓。脾主肌肉，开窍于口，龈为肉之属，口为饮食受纳之门户，酸甘日蚀，辛辣屡侵，以及残渣刺激等。每多损及齿龈，成为至虚容邪之所，脾湿上聚，日久酿热成毒，腐龈为脓，发为本证。所以，本证的辨证论治，均不必拘执于胃肾两脏。②本证的治疗，以畅脾解毒为基本原则。湿遏脾滞的病机一经形成，

脾气阻滞便成了最核心的病机环节，不推逐其积滞，开通其气机，恢复其健运，则湿不得化，浊不得运，郁不得解，故通畅脾气为第一要法。湿浊既已化热酿毒，腐肉成脓，非解毒莫能排毒去腐，推陈致新，故解毒之法并举。

3. 闭者当开

五脏皆能发生气机闭塞之证，但此处所论，是特指五脏不通病理改变中的邪气阻滞肺气，肺失宣降一类，其余概不论及。此类病症多因风、寒、痰浊等邪气或外束肌表，或内阻气道，未能及时发越宣达所致。其临床表现多为声嘶音哑，咳嗽气紧，身痛项强，恶寒发热等特点。治当宣肺解表，豁痰利气。俾表邪去或痰浊出，宣发令行，诸证自愈。切忌滋阴润肺，以免恋邪增闭。

【病案举例】

失　音

许某某，男，52岁。1992年3月19日因音哑月余就诊。

其妻代述：春节归省，得乡邻盛情款待，终日肉山酒海约半月余。其间，因登高览胜，汗出湿衣，当风披襟，临泉饮冷，是夜8时许，觉胸闷纳呆，随后恶寒发烧，身痛头疼，口苦心烦相继出现而住院旬余。经西药青、链霉素、中药银翘汤治疗，上述诸症基本痊愈出院。出院后渐见声音嘶哑，伴暮夜低热时作。此后，续服养阴佐清余热之剂20余剂，三更医而不效，声嘶程度反日益加重，几同哑人。

观其形体丰盛，面色垢腻，目光炯炯，舌质绛红，苔黄厚而腻；闻其声嘶近绝，口耳相贴，难听真切。询知胸中憋闷，大便溏滞；察六脉沉弦而滑。

诊断：失音。

辨证：热痰阻肺。

治法：豁痰清肺。

方药：

桔梗 50g　　杏仁 50g　　瓜　壳 100g

鱼腥草 100g

暮服上方1剂，入夜9时许，咳嗽顿作，随咳随吐黄稠痰，两小时内排痰盈碗。是夜续服1剂，至晨又吐稠痰盈碗。痰渐吐渐白渐清稀，音声亦随之渐出，至午，音声宏亮，诸证尽失。

按：①本证初伤肥甘烈酒，湿热蓄积于内，复登高冒风，寒邪闭束于外，证属风寒外束，湿热内闭，当以藿朴夏苓类宣透疏利分解，而以抗菌素、银翘等寒凉之品治之，致无形气热虽减，有形痰浊愈闭，肺气不通，宣发令废，音声障碍。复以柔润清凉，增其壅滞，是愈治而病情愈重。②诊之误，误在不重舌脉之客观，呆执温热之多发，不仅于病无补，且使煌煌温热之学亦落于俗套，坠地蒙垢。③以宣肺、豁痰、利气、清气之品治疗本病，小其剂而重其量，使力专用宏，故一剂而通。

4. 塞者当通

五脏皆能发生气机窒塞的病理变化，但此处所论，仅特指五脏不通病理改变中的有形实邪阻滞中焦，气机升降障碍，邪无出路，弥漫三焦一类，其余概不论及。此类病

症，多因邪热内传，与肠中糟粕互结，或食积、虫阻所致。其临床表现多为腹胀便秘，嗳腐口臭，或发黄高热，神识昏蒙等特点。治当通腑逐邪，俾塞结一去，腑气自通，三焦郁闭之象自释。此类病证，邪结程度较甚，情势较为急重，绝非轻清宣化所能胜任，一切呆滞凝敛之治，更属禁绝之列。

【病案举例】

阳　黄

郑某某，男，61岁。1991年8月25日某职工医院住院病人。以高热四十余日邀请会诊。余奉师命前往诊治。自述四十多天前，因气候炎热，日冲冷水浴2次，夜半忽觉浑身疼痛，寒战高热，晨起胸闷，口苦，纳呆，遂自服感冒清、银柴冲剂、速效感冒胶囊等常备中成药不效，改投西医接受卡那、庆大、麦迪等抗菌素仍不效，于是住院，一病不起。检阅病历，体温曲线波动在38.5℃～41℃之间；血象：RBC：4.7×10^{12}/L，WBC：8.7×10^{9}/L，HB：123g/L，中性分叶核：68%，淋巴细胞：33%……未见异常，其它脏器检查亦未见异常。住院月余以来，静脉滴入青、链、卡那、庆大等抗生素及大剂量VitC，和不断补入葡萄糖生理盐水；中药给予银翘三仁汤、藿朴夏苓汤、黄芩滑石汤等，均未见殊功。

观其人虽年过六旬，卧病逾月，体尚坚实，神未大衰，面色发黄，鲜明如橘子色，舌红，唇燥，苔厚而干；询知

纳呆脘痞，大便清稀、量少、恶臭，小便黄如浓茶；察六脉沉实有力。

诊断：阳黄。

辨证：湿热结闭。

治法：攻下湿热。

方药：茵陈蒿汤化裁。

茵陈 30g	栀子 20g
生大黄 15g	莱菔子 50g

上方午后服 1 剂，至夜 8 时许，少腹隐痛，频频登厕，初利少量清水 3 次，至 9 时，解出如鸽卵大小燥屎 5、6 枚，坠池碰撞有声，如石击然。顿时全身津津汗泄，豁然轻快。10 时许自测体温：36.8℃，次日薄粥静养，隔日自行要求出院。

按：①本证高热持续 40 余日，似属疑难重证，但参考现代理化检查，知其体内并无脏器实质损伤，亦无恶性潜在病灶，知病情未入险境，诊断辨证当从脏腑气机活动状态求之。此证纳呆脘痞，六脉沉实有力，舌红苔黄厚而干，皆是腑气闭阻的证，其中尤以六脉沉实有力最有诊断价值。所难在于易将热结旁流误为泄泻。大便清稀臭秽，正是热结旁流之象，肠中应有燥屎数枚。无形之气依附有形之质而留恋作祟，燥屎不去，气热难消。②在治疗上，本证为有形实邪阻闭中道，而非无形气热弥漫三焦，当下而不当散，故芳香宣化看似相合，实未深达病所，触动病位。茵陈蒿汤利湿热而逐结滞，使湿热从二便分消而去，其效最捷，故可一鼓而下。

5. **瘀者当破**

五脏皆可发生瘀血阻滞的病理改变，但此处所论，是特指五脏不通病理改变中的心脉瘀阻一类，其余概不论及。此类病症多因寒凝痰阻，跌仆损伤等所致。其临床表现多为疼痛、憋闷、健忘、失眠、心悸等特点。治当化瘀破结，俾瘀结消散，心脉自通，诸证自解。行气化痰，通阳宣痹，均属隔靴搔痒，宁神益智更是风马牛不相及。

【病案举例】

胸　痹

肖某，男，26岁。1992年7月4日以左胸疼痛，每发欲死，时作心悸、惊骇就诊。

自述：4个月前，与人好胜打赌，共抬一水泥预制件，其重三百公斤有余，初试觉力不从心，继而奋力再试，猛挣之际，觉胸中一震，遂掷木而去。此后数日，总觉胸中有憋闷感，并时而隐隐掣痛，瞬间即逝。继之渐发惊惕，胸中闷痛，亦日有所加，遂求医觅药，持续治疗。一医以惊惕而断为血虚神怯，予天王补心汤十余剂不效。医谓药功未深，嘱其坚持久服，又服4剂后，忽于夜半胸痛剧发，如刺如割，自服扑炎痛得解。此后每日必发，发无定时。左胸痛闷不可忍。经X光、心电图检查，心肺未见异常。仍投中医、草医治，连更数医，皆以栝蒌薤白汤、括蒌薤白半夏汤、栝蒌桂枝汤、伸筋草、舒筋草、老鹳草等相予。前后治疗近3月，均无大效。

观其形、色无异，舌质红润，舌苔薄白；询知饮食、二

便正常；察六脉细缓。皆无特殊发现。唯病史可资参考。

诊断：胸痹。

辨证：气滞血瘀。

治法：行气活血通络。

方药：血府逐瘀汤加血竭、五灵脂、三七粉。师称妙极！并谓：稍佐乳香、没药其力更著。

柴胡 12g　　桔梗 12g　　枳壳 10g
川牛膝 15g　　桃仁 15g　　红花 10g
归尾 12g　　生地 15g　　川芎 10g
赤芍 15g　　血竭 3g（研末分 3 次吞服）
五灵脂 10g　　乳香 5g　　没药 5g
三七粉 6g（分 3 次吞服）

上方服 2 剂，憋闷、胸痛、惊惕等诸证悉愈。

按：①瘀血阻滞，变证多而怪异，最难辨识，非独疼痛一端。本病惊惕症状，颇能惑人心目，将思路引入歧途，加之色、脉无异，更增辨证难度。然其胸痛发作如刺、如割，且有强力任重之因由，瘀血阻滞之象，似又毕露无遗，所赖全在医者辨证，胸中有无全局。倘一叶障目，则假作真时真亦假。②本病辨证，当从强力任重之原始病因入手。强力任重，憋气猛挣，不仅气机耗伤、凝滞，且有脉络破损之嫌，初当行气活络。前医不察，误以气滞络伤，心神撼动之惊惕为血虚神怯之惊惕，予滋补镇敛之剂，更增其滞，渐成瘀阻之势，故痛剧。以后数医，血病治气，亦是隔山吹火。今仍当视同伤损伦治，证属血瘀气滞，心脉痹阻，治宜破瘀行气通滞。③本证之惊惕，实由血瘀气滞，心脉不畅，心神窒碍所致，绝不可作虚证观。

6. 虚者当补

在五脏不通病理改变中，因虚而致者，相对较少，有一定的特殊性。因此，在解决这类矛盾时，不是以通为治，而是寓通于补。因虚致碍，特指阳气虚衰，推运无力一类，不含精亏血少，推运无物者在内。此类病症，多因素体气虚、阳虚，复又兼感外邪所致。当益气温阳，以助脏腑营运之力为主，佐以祛邪调气，以畅流行之路而助通达之势。切忌专以流行耗散为治，伤根伐本。

【病案举例】

耳　聋

刘某某，男，47岁。1991年11月23日以两耳听力下降进行性加重2月就诊。

自述：两耳听力逐渐下降，呈进行性加重，原因不明。经西医专科检查无特殊发现，遂投中医治疗。先后更医数人，服蒿芩清胆汤、黄连温胆汤、龙胆泻肝汤若干无效，且有愈治愈聋之势，心甚惶恐。

观其人貌清癯而目暗，神萎顿而言怯；舌胖淡，苔厚腻而黄；询知素无大病，唯长期腰膝乏力，劳则遗泄，大便球解如羊屎状；察六脉细数，余无特殊。本病属肾阳虚衰之证，其人貌清目暗，神萎言怯，俱是本元亏损之象；舌胖淡、脉细数，皆为阳气不足之本质表现；舌苔厚腻而黄，是阳虚运化不力，内生混浊蕴结，久郁化生浮热之徽，而

非六淫之邪所致；腰为肾府，以其强弱，可测肾之盈亏，长期乏力，正是衰怯之象；“肾者作强之官”，劳则遗泄，更证其虚不耐劳，封藏职能脆弱；大便球解，是阳虚水凝不化，水冻舟停所致。本病当属肾阳虚衰，其精气不能上通于耳之证。治当温补肾阳，略佐开通之剂。

诊断：耳聋。

辨证：阳虚窍闭。

治法：温阳益气开窍。

方药：真武汤化裁。

白芍 20g　　茯苓 20g　　干姜 15g

人参 15g　　北细辛 3g　　炒白术 15g

制附片 30g（另包先熬 1 小时）

上方服 1 剂，舌苔减退十之六七，大便颗粒增大如鸽卵，腰软顿除。2 剂未尽，至午，耳内“噗”然声动，听力恢复，大便球解如驴粪。服至 5 剂尽，自觉听力恢复正常，二便一如常人。

按：①本病大虚而有实状，稍有疏忽，便真象迷失，故前医一误再误，使正气愈益耗损，越治越聋。②肾开窍于耳，邪阻机窍，肾气欲通无由，可致耳聋；肾气虚衰，上达无力，亦可致耳聋；实则当以开泄为治，虚则当以补益建功，是不用通而通意存焉。

学术继承期间，跟随吾师运用“五脏宜通”说解决临床实际问题的生动案例很多，难以一一论列。此处所论，不过举隅而已。

“五脏宜通”的生理、病理意义和临床价值的研究，可以说是一个千百年来被医林忽略的古老的新问题。我的老

师能慧眼独识，洞见其存在，并响亮提出学术见解，不知费了多少年书海寻觅，苦心琢磨。不仅如此，他还在发现问题、提出见解的基础上，系统探讨了这一见解的理论价值，并以之为指导，积累总结出丰富的临床经验，又不知经历了多少年的临床历练和长夜探索。我的总结是不是能够比较深刻地体现老师的见解？说实话，我自己并无成竹在胸。倘若还能洋溢出一点学术的新气息，那是老师心血浇灌的结果，功在老师。倘若不能使老师的新观点、新见解闪射出学术的光辉，那是弟子愚笨无能，咎在学生。

参考文献

1. 山东中医学院、河北医学院，《黄帝内经素问校释》，北京，人民卫生出版社，1982 年 2 月版

2. 河北医学院，《灵枢经校释》，北京，人民卫生出版社，1982 年 2 月版

3. 郭重夫，《黄帝内经讲解》，北京，光明日报出版社，1986 年 11 月版

4. 陈潮祖，《中医病机治法学》，成都，四川科技出版社，1988 年 5 月版

三、“膜腠三焦”说

吾师在脏腑病机理论研究方面，除倡“五脏宜通”论，深刻阐明了脏腑气机活动特点外，还创“膜腠三焦”说，对

三焦形质、生理、病理、治疗作了系统研究。

此说在理论上肯定了三焦有名有形，并以名、实、形为区分，第一次把《内经》、《难经》形质有无之争统一了起来。并在前人“脂膜三焦”说基础上提出“膜腠三焦”说，阐明“膜”、“腠”无处不在，随处异形，根源于肝，不仅为揭开三焦形质有无这一千古之谜，在前人所取得的组织学认识基础上，又创建了结构学的立体思维框架，为三焦病理反应无处不在的临床特点提供了以膜腠为组织基础的生理依据，而且创立了“三焦根源于肝”的新见解。以此为出发点，本文还进一步从膜腠之结构、位置及与脏、腑、津、气的相互关系等不同角度，论述了膜腠三焦的生理、病理意义。最后总结了陈老对外感、内伤所致三焦病变的治疗经验。

（一）深究三焦形质

三焦形质有无，自《内经》、《难经》伊始，即开争论之端。《难经》二十五难称“心主与三焦为表里，俱有名而无形”，三十八难也说：“所谓府有六者，谓三焦也……有名而无形。”后世持此论者，以“形”为“实”，认为三焦仅仅只是脏腑在人体不同区段的代称，上焦即心肺，中焦即脾胃，下焦即肝肾。舍此而求三焦，三焦并无形质——具体组织可徵。而《灵枢·本输篇》却说：“少阳属肾，肾上连肺，故将两脏。三焦者，中渎之府也，水道出焉，属膀胱，是孤之府也，是六府之所与合者。”“勇论”篇更形象指出：“勇士者三焦理横，怯士者三焦理纵。”故宗此说者，认为《内经》既然认定三焦是下出肾系，上连肺系

（居于中间的其它三脏，不言而喻，自与相系）六府与合的一种组织，甚至还有“理横”、“理纵”之分，讲得那么肯定，那么具体，那么形象，绝不会是有名无实的空论，一定有其物质基础存在。但三焦的物质基础到底是什么？《内经》却又并未明示，因而成了千古之谜，后世医家不断探索，各有建树，迄至吾师，最具代表性的见解，约略有以下几种：

1. 一腔之大腑

倡此说者，为明代医家张景岳。他在他所撰著的《类经》中明确提出：“此三焦之所以际上极下，象同六合，而无所不包也。观本篇六府之别，极为明显，以其皆有盛贮，因名为府。盖即脏腑之外，躯体之内，包罗诸脏，一腔之大腑也，故有中渎、是孤之名，而亦有六府之形。”认为三焦就是一腔之大府——整个躯体的体腔。上焦、中焦、下焦自然成了体腔不同区段划分的名称了。

2. 人身之油膜

以此立说者，清代医家唐容川、张锡纯所论最详。唐容川在其《血证论》中称三焦“即人身上下内外之油膜也。”张锡纯对此说极为赞同，他在《衷中参西录》中进一步发挥，谓：“三焦为少阳之府。既名为府，则实有其物可知……至唐容川独有会心，谓三焦即网油，其根蒂连于命门，诚为确当之论。”又“三焦亦是膜，发源于命门，下焦为包肾络肠之膜，中焦为包脾连胃之膜，上焦为心下膈膜及心肺一系相连之膜。”至此，三焦落实到了具体组织上。

3. 人身之膜腠

这就是吾师陈潮祖教授在深研《内经》、《难经》经义

和充分吸收前人成果的基础上，提出的"膜膲三焦"说。他在《中医病机治法学》一书中提出："筋膜是人体的重要组织，筋是膜的束聚，膜是筋的延展。由于它是肝系统的组成部分，所以《素问·痿论》说：'肝主身之筋膜'……手少阳三焦的组织结构，包括膜原和膲理两个部分。膜原是筋的延展部分，膲理是膜外的组织间隙，《内经》称为分肉。膜膲无处不有，无处不包，外则布于皮里肉外，内则维系五脏六腑，上至巅顶，下至于足，随处异形，所在皆是，不似其它五脏，有其一定形态，所以《难经》谓其有名无形。"对比前人研究成果，吾师此说的学术贡献主要有以下四点：

①统一《内》、《难》之说。吾师以名、实、形为区分，第一次把《内》、《难》两种不同提法统一了起来，明二说各有所指。《难经》的无形，是说没有一定形态，"随处异形"，难以特指，并非没有形质——特定的组织结构；《内经》的详指其生理作用及其与脏腑紧密联属的关系，明三焦确是人体特定组织之一种，但并不能说明此类组织确有特定形态。因而并不对立。这种不以"形"为"实"，不以"用"为"形"的见解，可以说是研究《内》、《难》有关三焦形质歧义根源所在的一种全新的观点。

②探求三焦空间结构。吾师在探究三焦形质时，"膜"、"膲"并提，而且明白指出，膲"是膜外的组织间隙，"即膜和膜外的空间结构才是三焦的完整体现。以膜论三焦，无疑受到了唐容川、张锡纯之说的深刻影响，是对前人成就的充分吸收和全面继承。但由膜而及膲——膜外空间结构，则是陈氏"膜膲三焦"说的独特创见。在此之前，人们对三焦实质的探求，主要着眼于寻找出可能属于三焦实质的某

种具体组织，而由组织所构架的空间状态，却从来不曾有人明确其与三焦的直接关系。任何脏器的生理存在，组织是基础，但不是脏器。只有由组织所形成的完整空间结构才是脏器本身。以膜为组织基础而又无处不在，且随处异形的三焦，有没有自己的空间结构呢？吾师以由膜所构成的组织间隙——“腠”为结论，肯定地回答了这个问题。从此，为揭开三焦形质有无这一千古之谜，在前人所取得的组织学认识的基础上，又构建了结构学的立体思维框架，这对于帮助人们形象理解三焦形质的客观存在，无疑是大有裨益的。

③阐明三焦位置关系。吾师之前，以脂膜论三焦者，所述脂膜的分布，均有一定局限性，多指附于脂膏，系于脏腑，隔离胸腹类膜。而吾师所言三焦膜腠十分广泛，上下内外，脏腑肢体，经络血管，无所不及，因为任何脏器、组织，无一不存在组织间隙。这在本质上就把前人的以机体某些区段为三焦的局部三焦观，发展成了整体三焦观。整体三焦观从组织学的角度，为三焦病理反应无处不在的临床特点，提供了以筋膜为组织基础的生理依据。

④倡言三焦根源于肝。吾师之前，凡论三焦根源者，莫不以“发源于命门”立说，而其所以然之理，却从来不曾有人从脏腑组织的联属关系角度明白剖释。唯吾师以肝——筋——膜的有机联属为根据，创立了“三焦根源于肝”的新见解。

吾师在三焦形质研究方面，既全面继承了前人成就，又有自己的独特创见。以上见解，虽未必就是《内经》、《难经》之三焦真谛，但较之前人各说，无疑具有更严密，更

合理的特点。因而不仅拓宽了三焦形质研究的范围，更重要的是，发扬了一种学术研究的新风，这就是：师古而不泥古，锐意进取，勇敢开拓，大胆创新！

（二）明辨三焦生理

对三焦生理的研究，前人主要在《素问·灵兰秘典论》“三焦者，决渎之官，水道出焉”；《难经·三十八难》“主持诸气”等经说基础上，认识到三焦是气、液流行的通道和气化的场所。但何以能成为气、液流行的通道和气化的场所？其所凭籍的物质基础是什么？并未道明。得出的只是所具有的生理功能结论，而非这些生理功能何以能得到发挥的所以然之理。

吾师在研究三焦理论时，对此作了深刻说明，其见解有三：

1. 膜腠是三焦生理功能正常发挥的组织基础

他在其《中医病机治法学》一书中明确提出：“因为五脏六腑均由无数管道构成各个系统，这些相通的管道，均由肝主之筋膜构成，它是精、气、血、津、液五种基础物质运行出入的通道。”正是由膜腠所构成的这一特殊网状系统，把五脏六腑与表里上下沟通成一有机整体，成为气液流通运行的道路和气化的场所。这就从组织学的角度，阐明了三焦生理功能得以正常发挥所凭籍的物质基础。

2. 膜腠的特殊位置是三焦生理功能正常发挥的客观条件

无论是就脏腑看，还是就组织看，也无论是就局部看，还是就整体看，三焦所处的位置，都既不在表，也不在里，

而在半表半里之间，且夹层中空。这就决定了机体吸收的水谷精微，要布运全身，濡养脏腑形骸，必须经由膜腠这一中间地带；脏腑形骸在吸收利用了水谷精微之后，要排泄废浊，也必须经由这一中间层次。三焦所处的这一特殊位置，为三焦生理功能的发挥，提供了合符生理科学的结构学条件。

3. 五脏是三焦生理功能活动的主宰

吾师认为，三焦是六腑之一种，为受盛之器，而非运化之源。为机体生理活动提供的主要环境条件——气液流行的道路；气化的场所。而不是原始动力。原始动力仍根植于五脏。气液的摄纳、生化、运行、吸收、利用，以及利用之后的废浊排泄，必须依赖五脏的功能发挥才能完成。所以，气液在三焦所表现的盈、虚、通、滞，也都取决于五脏功能的盛衰。不仅如此，就连三焦的结构状态也与五脏功能密切相关。五脏功能正常，则气化氤氲，气液流行，三焦无壅滞燥涸之异，自然膜柔腠和。倘若三焦功能失调，则气化障碍，气液不行，三焦必然发生气液壅滞或燥涸的相应改变，造成膜腠水肿或枯萎的生理结构异常，其生理功能的发挥，也必然受到严重影响。所以说五脏是三焦生理的主宰。

经过上述探索辨析，有关三焦生理功能正常发挥的所以然之理，大致算是揭示明白了。这对于按照中医固有的理论体系和认识方法去研究三焦生理，无疑是一次大的推进。其具体的贡献就在于从组织—结构—机能以及脏—腑等方面，为三焦生理提供了内在的理论根据。但应当说明的是，吾师的研究方法，仍然只是主观臆测，而不是科学

实验。因此，其所提出的理论根据，仍然只能算是一种较为原始的生理学假设。故其真正的价值，不在于是否确实揭示了三焦生理实质，而在扩展原有理论框架，把对三焦生理的泛泛说明，导入了所以然之理的探索，为三焦病理的深入研究建立了一个比过去高得多的新起点。

（三）详探三焦病理

前人对三焦病理的研究，杂病学家主要以气液为物质对象，着重讨论的是三焦病理变化对水液代谢的影响；外感病学家则主要以三焦为区分，着重讨论的是三焦所属脏腑在外感病过程中的病理变化，症候特点及传变规律。严格地说，均未涉及三焦病理实质。

三焦病理实质到底是什么？导致三焦发生病理改变有哪些主要因素？三焦病理改变的特点是什么？当三焦发生病理改变后，其主要病理影响何在？吾师之前，尚不曾有人深究过，至吾师始一一揭出底蕴。

1．求三焦病理实质

吾师在《中医病机治法学》中，以“膜腠稍有改变，即影响气液的流通”一语，揭示出三焦病理变化在实质上是膜腠生理状态异常。因为膜腠是气液流行的道路和气化的场所，亦即三焦生理功能得以正常发挥的基本环境结构条件，所以当结构发生异常改变，或萎缩，或肿胀，或闭塞，或纵缓时，都必然不同程度，不同形式地破坏三焦生理所必需的环境条件，影响气液的畅通流行，气化的顺利完成。这就是从组织结构角度所探求到的三焦病理实质。但从三焦病理的全过程看，这仍然只是结果，而不是原因。

2. 析三焦病理因素

导致三焦发生病理改变的原因是什么？吾师认为，只要从三焦与五脏的生理联系，以及三焦所处的生理位置去研究分析，是不难求得正确答案的。作为三焦之物质实体的膜腠，根结于肝，位居表里之间，既是津气运行的道路，同时也是邪气出入的道路，其生理状态必然受到肝系统功能状态和内外邪气的直接影响。肝系统与其它系统有着不可分割的整体联系，膜腠本身又内外上下无所不在，其它系统也必然对其施加不可忽视的影响。这就是说，外感六淫，内伤七情，以及五脏功能亢衰，都是导致三焦发生病理改变的重要原因。而且是三焦病变之本。

3. 穷三焦病理特点

当上述病理因素作用于三焦，导致三焦发生病理改变时，其基本特点是什么？吾师吸收前人的病机学成就和他自己长期深入的脏腑病机研究成果，对此作了大胆探索，提出了寒则膜腠拘挛，膜腠拘挛则牵引筋经而强、而痉；寒极则膜腠闭塞，膜腠闭塞则营卫不通而痛剧。热则膜腠松弛，膜腠松弛则气郁而胀；热极则膜腠劲急；膜腠劲急则风动而震颤、抽搐、角弓反张。湿则膜腠纵缓，膜腠纵缓则液滞而重、而痹；湿盛则膜腠肿胀，膜腠肿胀则水溢而肿。燥则膜腠萎缩，膜腠萎缩则经脉屈伸不利；燥甚则膜腠干枯，膜腠干枯则组织僵硬、萎废不用。肝失疏泄则膜腠津气不利；心失温通则膜腠津气不化。这在很大程度上。虽仍然只是一种推断性的病理成果，但它与传统的病机理论相吻合，是传统病机理论在三焦病理研究中的具体发挥和扩展，因而很便于人们从传统理论的角度去理解、接受

和运用这一成果。

4. 明三焦病理影响

当膜腠发生上述病理改变后，其临床病理影响颇为复杂，吾师将其主要表现归纳为三个方面：一是影响气机运行而发生气的病变，或升降失调，或气滞气闭。二是影响津液布散流行而发生津液病变，津凝为湿，或阻于膜腠，或随气上下，侵犯五脏。三是影响与膜腠紧密相关的脏腑组织的生理状态而发生组织的病变，如经、脉、胸膈、腹膜、胃、肠、胆、心包、女子胞、膀胱等失其和柔之性。其具体临床表现，涉及气、津的，前人论述颇详，如寒热往来、胸胁苦满、口苦、咽干、目眩、昏瞀、心烦、默默不欲饮食，或咳，或喘，或悸，或小便不利，或泄泻，或水肿，或腹痛等等皆是。涉及组织的，前人均未明确其为三焦病理影响所致。唯吾师始明白指出：一切强直、痉挛、抽搐、震颤、坠胀、萎废、干呕、呃逆、转筋、囊缩等与筋膜直接相关的病症，均为膜腠病理影响所致，都属三焦病变的范围。这是吾师在三焦病理研究方面的又一突出发挥。

（四）总结三焦治要

对于三焦病症的治疗，前人积累了许多宝贵经验，但其要点是什么？并无精当、具体、全面的总结。汉代张仲景在其《伤寒杂病论》中以小柴胡汤为少阳病主方，对以和解法治三焦病症作了优秀示范，但所针对的主要是风寒之邪从肌表面人，郁于三焦所引起的寒热往来、口苦、咽干、目眩类症候，虽方证俱明，惜所概未全。清代医家吴鞠通在其《温病条辨》中虽有“治上焦如羽，治中焦如衡，

治下焦如权”及“治上不犯中，治中不犯下”之论，但却过于原则，过于宏观，只能作为施治纲领，不能作为具体方案。吾师通过对前人经验的系统研究、总结，并结合自己数十年临床历验所得，从外感、内伤两个方面对三焦病变的治疗要点进行了概括总结。

1. 外感所致三焦病变治要

吾师继承前人研究成果，把外感所致三焦病变概括为和解表里，分消上下，宣透膜原三法，并筛选出最具代表性的医方各一个，理明用简，使学者有法可循，有方可用，堪称两全。

（1）和解表里

此法适用于邪从表人而郁于三焦者。吾师认为，凡邪从表人而犯及三焦者，多因正气不足，邪气才得乘虚内逼，邪正相争是矛盾的焦点，理应助正祛邪；在邪正相争而又相持的过程中，既有酿为寒热往来的半表之邪存在，又有发为口苦、咽干、心烦的半里之热郁成，必须表里同治、寒温并用；还有清阳不升之郁冒昏眩，及浊阴不降之干呕、胸胁苦满、默默不欲食，故当升降并调。这就是和解表里法的具体运用原则。最能充分体现这一治法的医方莫过于小柴胡汤。本方有柴胡疏散半表之邪，又有黄芩清泄里热，是表里同治；有柴胡、黄芩之寒凉以清解郁热，又有半夏、生姜之温经化饮降逆，是寒温并用；有柴胡、人参鼓舞发越清阳，又有半夏降泄浊阴，是升降同施；有人参、大枣、甘草益气扶正，又有柴、芩、姜、夏等祛邪，是邪正兼顾。全方融和解表里，平调寒热，升清降浊，扶正祛邪为一体，故

可三焦通治。经历代医家以及吾师自身的临床验证，本方无论是用治上焦气郁津凝的咳、悸、昏、眩，还是中焦气机逆乱的食少、干呕、呃逆、胸胁苦满，或下焦气郁津凝的疼痛、尿少，均疗效卓著。因而成为最优秀的和解少阳总方。

【病案举例】

咳　　嗽

骆某某，女，27岁。1992年3月16日以感冒后咳嗽月余就诊。

自述：一月前患感冒鼻塞、头痛、发烧，服银花、连翘、大青叶、板蓝根类药物后，烧退而头痛、鼻塞不减，转增咳嗽。继服桑菊饮、止嗽散、咳特灵、咳感康、青霉素胶囊乃至注射青、链霉素皆不效。

询知近来咳而震动牵引两胁钝痛，晨起口苦，咯少量灰色凝集痰块，自觉口淡乏味，心累神倦，阵阵发热心烦；观其形色并无大异，舌质（一），上罩薄黄苔；脉细数而兼弦象。

吾师分析此证初伤于寒，表闭阳郁，当辛温发越而不当寒凉抑遏，致令邪机内向，窜入三焦膜腠，防碍膜腠津气流通，使气管管壁夹层浊阴潴留、内径缩小而成紧张之势，影响清气呼吸出入，发为咳嗽。咳愈久则气愈耗，津愈伤，膜腠挛急愈甚，故数用止咳而咳不可止，徒事宣肺而肺不得宣。今当从少阳三焦入手论治。

诊断：咳嗽。

辨证：气虚津郁，痰湿阻肺。

治法：益气化痰通络。

方药：小柴胡汤加味。

柴胡 15 克	黄芩 10 克	法夏 15 克
红参 10 克	大枣 15 克	生姜 10 克
炙甘草 10 克	橘络 5 克	细辛 3 克
茯苓 30 克		

上方服 1 剂即咳止，2 剂尽而诸证皆愈。

按：①不察病机，不辨病性，见热清热，遇咳止咳，已成流弊，逞快一时，遗患无穷。②五脏六腑皆令人咳，不独肺也。少阳三焦之咳，其中心病机在邪郁膜腠，津气潴留。吾师以津气郁于气管管壁夹层，使气管管壁受压而紧张、管腔变小，而影响清气呼吸出入解释本病病理实质，新颖而又深刻，具有创造性。③本病辨证要点在咳引胁下痛，口苦、心烦、脉弦细。

（2）**分消上下**：

此法主要适用于邪从口鼻而人犯及三焦者。吾师认为，凡邪从口鼻而人犯及三焦者，多影响津液流通，阻碍阳气宣发，郁结化热而成湿热之象。湿为阴邪，治宜芳化渗利；热为阳邪，治宜清解宣散。化利湿浊是调理自身的生理功能；清宣热邪是消除外来的致病因素和发越自身的阳气。这种既化利又清宣的治疗方法，不仅能兼顾湿热两种不同性质的矛盾，而且有上清下渗之功，故称上下分消法。蒿芩清胆汤是体现这一治法的优秀范例。本方黄芩、青黛、竹

茹清泄肝胆之热，青蒿清透少阳之邪，使膜腠郁热有外出之路，四药功在清热透邪，此清上之治也；陈皮、枳实行气化浊，半夏燥湿祛痰，三药功在恢复脾运，此调中之治也；茯苓、滑石淡渗利湿，二药导引湿浊从小便而去，此下夺之治也。全方在结构上既有消除病因，解其郁热的清热药，又有恢复少阳三焦津气流通的行气祛痰药，虽侧重于清泄胆热，仍不失为上下分消法的代表医方。

【病案举例】

盗 汗

蒋某某，男，39 岁，1993 年 6 月 21 日。以盗汗 3 月就诊。

自述：3 月前曾发烧、身痛、咽痛 1 次，自服银翘丸诸症得解，此后夜夜盗汗，汗出如洗，胸颈以上尤甚。曾赴县医院经西医检查，并无特殊发现，建议中医治疗。先后更医十余人，检视其方，皆为滋阴潜阳，固表实卫之剂，非独不效，且有愈治愈重之势。

询知汗泄之时身热心烦，夜夜汗已即醒，醒时每闻鸡鸣，服滋阴固表之剂转增胸闷脘痞；观其面带秽垢，舌红苔黄厚而腻；查六脉缓滑而沉取有力。

吾师分析指出，此湿热郁滞三焦所致。三焦为何？膜腠而已。膜腠位处半表半里，湿热邪气壅阻于此时，每当夜卧阳入于阴之际，不仅表卫阳气内归而失去固护，且内入之阳气反助纣为虐，鼓动里热挟湿蒸腾外越，而成盗汗。

其发多见于凌晨者，是因为凌晨肝气萌动，阳气外达故也。

诊断：盗汗。

辨证：湿热郁蒸。

治法：化浊清热。

方化：蒿芩清胆汤化裁。

青蒿 20g　　黄芩 15g　　青黛 15g
滑石 30g　　陈皮 15g　　半夏 15g
茯苓 30g　　枳实 10g　　丹皮 20g
牡蛎 30g

上方服 1 剂，汗减过半，服至 4 剂尽而汗止卧安。虑及湿热蕴结，最难根除，原方去青黛、余药减半，再服 3 剂，并嘱其减少炙炒厚味，此后病情未再复发。

按：①古人论盗汗，多责之阴虚，今举世机械照搬，不以辨证为准绳，以治阴虚之剂治湿热，遗祸最深。②湿热盗汗的辨证要点在舌红，苔黄腻。湿热病脉无定体，未必可凭。③辨证是纲领，是灵魂．万病皆然，盗汗何独不然。

（3）**宣透膜原**：

此法主要适用于疫毒之邪客于膜原者。吾师指出：凡疫毒之邪客于膜原者，多致膜膜壅滞，秽浊阻遏营卫运行之机，阳气不能敷布体表，初则恶寒战慄，思近烈火，继则体若燔炭，呈湿遏热伏的憎寒壮热之象。故治当芳化湿浊以宣透膜原，决其壅滞以疏畅三焦，使秽浊去则膜膜通利，气津流行，营卫和而诸证自解。体现这一治法的优秀医方为达原饮。方中厚朴苦温燥湿，下气消痰；草果燥湿化浊，芳香辟秽；槟榔消谷利水、破气行痰，三药直达膜

膜以宣通壅滞，能使秽浊之邪速溃。俾湿浊去则膜腠通利，膜腠通利则气液流行敷布无碍，气液流行敷布无碍则浊阴散而抑遏之势去，阳气布张而升发之机复，寒战高热，头痛烦躁诸证亦随之而愈。至于其余诸药在本方中的作用，则正如吴又可在《瘟疫论》中所析："热伤津液，加知母以滋阴；热伤营气，加白芍以和血；黄芩清燥热之余，甘草为和中之用，以后四味不过为调和之剂。"由于此方以辛温燥烈药物治疫毒之邪伏于膜腠之证，最能从根本上解决阳为湿遏这一核心矛盾，且又辅以滋阴清热，调中和营之品，兼顾郁热熏蒸，营阴耗损的矛盾，主次兼顾而又主次分明，故为宣透膜原之奇效良方。

【病案举例】

发　烧

黄某某，男，77岁。1991年10月14日以寒战高热反复发作，其状如疟，历月不愈就诊。

其子代述：月余前某夜8时许，老人自谓怕冷，身上起鸡皮疙瘩，加衣不减。入卧被中，迅即凛凛恶寒，移时又体若燔炭，百分钟内，病情迅速加重。发病前并无明显诱因。举家慌乱，急送某医院急诊科观察治疗，2日后以可疑性疟疾正式入院。入院后经多次血片检查未找到疟原虫，其余检查不详，只是听医生说"白总"偏高。经用解热剂、镇静剂，抗菌素、维生素治疗月余，效果不显，于是家属自行要求出院，用板车推来陈公处治疗。

询知寒热往来，每日一发，发无定时，兼烦躁、呕恶，呕吐粘涎，头身俱痛，胸闷纳呆；观其神识朦胧，面黄而垢，唇干舌绛，苔白厚少津；闻得气息秽浊逼人；切得六脉滑数，沉取有力。

吾师认为本病系感受疫毒之邪。邪毒乘年老气虚，直入膜膝而发。疫毒客于膜膝，影响营卫内外出入，故寒热往来；影响气液上下升降，故呕恶胸闷；湿遏热伏，故烦躁、头痛，脉数而重按劲疾，舌绛而苔白如积粉。

诊断：发烧

辨证：疫毒郁遏

治法：辟秽化浊

方药：达原饮化裁

厚朴 15g　　槟榔 15g　　草果 15g

白芍 10g　　知母 10g　　黄芩 10g

甘草 6g　　石菖蒲 10g

水煎服，每日 1 剂。

上方连服 4 剂，诸证俱罢。唯恐炉焰虽息，灰中有火，改用三仁汤去滑石加芦根再服 4 剂。并瞩忌生冷，辛辣，肥甘厚味。旬余康复。

按：①本证似疟非疟，现代检查是最可信据的凭证，故不得作疟治。②本病虽有恶寒、头身痛等症状，但非寒郁所致，不可误汗，汗之则逼浊害清，变证丛生。本病虽有壮热、烦躁等症状，但非单纯温邪鼓动，不可唯清是务，徒损其阳。唯化浊逐秽才是正法正治。

2. 内伤所致三焦病变治要

吾师指出，内伤所致三焦病变，虽症象复杂，但其本

在于脏腑，当以治杂病法为真诀，别无蹊径可辟。

(1) **肝失疏泄，津气不利，疏肝调气。**吾师指出，凡肝失疏泄，而致膜腠津气不利者，其关键病理环节在肝的气机郁闭，疏泄信息不能畅达膜腠。其主要病理影响为膜腠气滞津壅，而致使与筋膜直接相关的气管、血管、胆管、食管、肠管、输精管、输尿管等管壁直接受到压迫，变狭、甚至痉挛，阻碍气血津液的流行输布，而成咳、悸、痛、呃、小便不利、四肢逆冷诸证，故治当调气疏郁，四逆散为其代表方。方中柴胡辛散，行气疏肝，以开膜腠之郁；枳实苦温，行气消痞，以通膜腠之滞；芍药益阴柔肝，以缓解膜腠痉挛；甘草甘以缓急，以恢复膜腠和柔。

【病案举例】

暴 厥

邱某某，女，26岁。1991年7月20日因四肢逆冷半日就诊。

其婆母代述：今晨7时许，因家务锁事与其夫发生争吵，彼此言语激烈，其夫以秽言相加，令其气极而至昏倒，不省人事，而色铁青，夫妇骂詈方休。其婆母急责令其子合力抬扶床上安卧静养，并以温糖水灌之，顷刻复苏。醒后半日仍不吃、不喝、不动，四肢冰凉。婆媳平日相处甚善，经其婆母好言劝慰开导，始来此诊治。

观其神情冷漠，隐隐有悲愤之色；触之四肢冰凉；经

反复询问，多方排解，始询知其两胸及胁下皆胀闷不适；切得六脉细微。

吾师以病由情志激变而发，是为肝气不疏，阳郁不达。肝气不疏则膜腠紧张，膜腠紧张则血隧挛急，因而影响血液流通，阻碍阳气敷布，故发为肢冷脉伏，甚至神昏面黑。

诊断：暴厥。

辨证：肝郁气结。

治法：疏肝解郁。

方药：四逆散。

柴胡 15g　　枳实 15g　　白芍 15g

炙甘草 15g

上方服一剂，胸满胁痛，肢冷脉微诸证尽解。

按：①四逆散所主之四肢逆冷与四逆汤所主之四肢逆冷虽外证相似，实有本质区别，其最核心的区别点在于四逆散证为阳郁不伸、四逆汤证为阳微不布，故治不同法，方名相近而药物大异。②当本方用于阳郁不伸之四肢逆冷时，方中柴胡不在发汗解表而在疏肝解郁、伸达抑遏之机；枳实不在消积攻坚，而在行气开壅，畅通膜腠之气；芍药不在益阴养血，而在柔肝缓急，解膜腠挛急；甘草不在益气健脾，而在甘以缓急，使膜腠复归和柔。③本病病程短、病情轻浅，更无特殊兼证，故运用原方时、全方结构及药物间比例均毫无改变。

（2）**心失温通，津气凝闭，温心通阳**。吾师指出，凡心失温通，而致膜腠津气凝闭者，其中心病理环节在心阳痹阻，气血失于推运。心主血，司营运而为五脏六腑之主，

心阳痹阻，血运失司，则五脏六腑气机顿息，三焦膜腠亦不例外。气行则水行，气机息则津液亦失于流通，而发生气闭津凝的病理影响。手少阳三焦与手厥阴心包为表里，心包主脉，脉管之壁，夹层中空、为三焦膜腠之所在，膜腠津气凝闭，则管壁肿胀，管腔变狭，转而妨碍气血流通，阻痹心阳，成为恶性因果循环。不通则痛，临床以心胸憋闷疼痛，甚至绞痛，唇舌青紫，四肢冰冷为主要见症。导致这一病理机制形成的原因主要为心阳虚损、情志激变、瘀血阻滞，痰浊凝聚四端。治疗之要在宣通心阳。宣通之法·虚而无力者当补其虚，桂枝人参汤主之；情激而结者当疏其郁，枳实薤白桂枝汤主之；血瘀而滞者当化其瘀，血府逐瘀汤主之；痰凝而塞者当涤其浊，栝蒌薤白半夏汤主之。今以心阳虚衰，温通无力为例，试举一案，以明其治。

【病案举例】

胸　痹

魏某某，女，42岁。1992年12月28日以心前区阵发性疼痛4年就诊。

自述：4年前冬季开始出现心前区阵发性掣痛，初时症状较轻，瞬间即逝，此后渐发渐重渐频繁，遇冷即发。去冬因灌制香肠时受凉剧烈发作一次，发时心痛如刺，气闭如压，四肢冰冷，饮姜糖水后缓解，并住院一周。此后心生恐惧，处处小心，厚衣厚被，姜汤不离，仍难免时时掣痛，间或大发。

询知青年时即手足欠温，动则心累汗多，易于腹泻，月经一直量少、清薄，而且行经必痛，今心前区间歇性掣痛；观其形体略瘦，面色㿠白，舌淡苔白润；查六脉皆弱。

此妇青年时手足欠温，易汗易泻，经少而清反映了患者素体即气虚血弱，随着年届六七，"三阳脉衰于上"，心阳亦日渐衰微，如外伤寒邪，则易成心阳痹阻之证，其遇冷即发，正是寒凝气滞，心阳痹阻明证，寒主收引，寒则膜腠拘挛，寒滞胸中，心脉之膜腠紧急挛缩，使心脉弹性降低、管腔变狭，阻遏气血营运，加之心气本已大衰，推运无力，故窒碍之势立成而胸痛、憋闷、肢冷、脉伏，甚至口唇青紫，昏不知人，朝发夕死。心阳衰微是本，气机痹塞是标，证属本虚标实。剧发时治当峻剂温阳宣痹，方宜乌头赤石脂丸。此际病未剧发，治以益气养血，佐通心阳。

诊断：胸痹。

辨证：阳虚寒凝。

治法：温阳益气散寒宣痹。

方药：桂枝人参汤合当归补血汤。

桂枝 15g　　红参 15g　　白术 15g

干姜 15g　　炙甘草 10g　　黄芪 15g

当归 10g

水煎服，2 日 1 剂。忌生冷。

上方服 2 剂，掣痛明显减轻，发作间歇亦明显延长，此后坚持服用百余剂，症状完全消失，未再复发。嘱其改作每周 2 剂续服。

按：①此证本虚标实，当气血双补以壮本元，不得徒

事辛散更损其阳。②冰冻三尺，非一日之寒，欲融三尺坚冰，亦非一日之暖所能见功。素体气虚血弱，调理最难，需积月累年，方可渐进。病情未发或未剧发时为治疗的最佳时机。

（3）**脾失健运，津气壅遏，运脾行津。**吾师指出，凡脾失健运，而致膜腠津气壅遏者，其中心病理环节在脾阳不振。脾主运化，脾阳不振则水湿不运而中阻，中焦为气津升降之枢机，水湿中阻则三焦津气不利，膜腠浊阴潴留，阻碍清阳布施而发为眩晕，胸胁支满，身重肢胀等症。治当振奋中阳，健脾行水。以苓桂术甘汤为代表方。

【病案举例】

肩　　痛

欧阳某某，女，55岁。1992年8月10日，以双肩关节疼痛，四肢胀麻就诊。

自述：近2年来，双肩关节疼痛，日轻夜重，四肢胀麻，春夏尤甚，西医诊为肩周炎。曾接受封闭疗法，中医针刺疗法；并内服西药保泰松、扑炎痛、氢化可的松、地塞米松，中药豨莶丸、蚕砂、苡仁、桑枝、松节等，均未取得巩固性疗效。

询知肩关节痛多因受凉而发，痛时酸胀难忍，常于夜半痛醒，大便溏薄；观其面色苍黯，舌暗红，上罩黄厚腻苔；查六脉细数。

以吾师膜膲理论观之，本病系由寒湿阻于膜膲，凝聚肩关节而发。脾阳不振，水湿运化不力，湿阻气滞是其内在本质因素，外寒相加，两阴相合，即成凝闭，而发为疼痛。肩关节内而膜膲空疏，外而易于裸露，故病发于此者最为常见。四肢胀麻，春夏尤著者，亦属脾不运湿，湿阻膜膲，妨碍气机流动所致。春夏阳气升发，地气蒸腾，空气湿度增大，影响及体内则膜膲纵缓，湿浊郁积壅遏，阻碍营卫敷布，故胀而且麻。治当健脾行水，温阳散寒。吾师认为理明法当，可以一试。

诊断：肩痛。

辨证：寒湿阻痹。

治法：散寒除湿，行气通络。

方药：苓桂术甘汤化裁。

吾师指出：加生姜，川芎，其力更著。

茯苓 30g	桂枝 20g	炒白术 20g
炙甘草 10g	生姜 20g	川芎 10g

上方水煎服，每日 1 剂。服 3 剂，肩关节疼痛消除，嘱其改作 2 日 1 剂，再服 3 剂，并注意卧时局部保暖。追访经年，未再复发，春夏胀麻感亦明显减轻。

按：①肩周炎属寒湿凝滞者多，属湿热、风湿、或血虚者亦有之，总以辨证为前提，不得一以风湿概之。②脾主四肢，寒湿凝滞者，其中心病理环节在脾阳不运，且浊阴阻于膜膲，非泛泛淡渗所能疗，故加生姜助白术、炙草以温中健脾，加川芎助桂枝以行血中之气。脾健则浊阴自消，气行则寒邪自散。③本证贵在调养防护，倘能内忌生冷，外避风寒，则药疗可事半而功倍。

(4) **肺失宣降，津气郁滞，宣肺涤饮。**吾师指出，凡肺失宣降，而致膜腠津气郁滞者，其中心病理环节在肺气郁闭。宣降是肺所特有的一组生理特性，看似对立，实则依存，无宣则无降，降止宣亦停。正是这组相互对立而又依存的特性，保证了肺的主气、司呼吸，行津布气等生理功能的正常发挥。宣降一失，则膜腠气机郁闭，水液不行，而变生咳、喘、水肿等多种病症。

今试举表寒里饮为例，以明其治要。表寒里饮在慢性气管炎病例中最为多见，其在里之痰饮滞留于支气管夹层，亦即膜腠，最难排除，故多积年难愈。治当宣肺涤饮，小青龙汤为主方。

【病案举例】

咳　嗽

蒲某某，女，61岁、乡镇居民。1992年12月24日以咳嗽反复作发20余年，入冬尤甚就诊。

自述：20多年前一次重感冒后，即反复咳嗽不愈，西药抗菌、消炎、解痉、镇静、化痰，中药养阴润肺、止咳化痰屡用无功，且逐年加重。今遇冷即发，发则胸闷气紧、心累喘咳、吐白色泡沫痰。

询知近又复发3日，终夜难以入寐，夜尿频多，形寒畏冷；观其形瘦面黯，衣帽甚厚，舌淡苔润；触知两手欠温；切得六脉细数而兼弦紧之象。

本案患者20年前所患“重感冒”，可能即西医之“间质性肺炎”，其“间质区”，颇类陈老“膜腠三焦说”中“三焦的空间位置”所在，其潴留在“间质区”的“炎性分泌物”即中医之“痰饮”，此间病理产物难于排出体外，故病程较长，反复亦多，对此，中西医学结论相同。治宜苦温辛散，化饮涤痰，佐以宣肺。不宜甘寒滋润增其浊滞，更不宜镇敛止塞闭其肺气，二十年迁延不愈，与治疗不当有密切联系。今形虽瘦而舌淡苔润，正是肺气长期郁滞，精微不布，外而形体失养，内而浊阴凝聚的证，仍当以苦温辛散治之，方用小青龙汤加白术、茯苓。吾师认为理可通，方可用。他还进一步指出：此证积年久困，气血大亏，肺脾肾三脏俱虚，短期断难从根本上得到纠正，症状缓解后宜朝服香砂六君丸以健脾化饮，午服归脾丸以益气养血，夜服金匮肾气丸以阴阳并调，化气行水。坚持数月甚至一二年，或许大有助益。

诊断：咳嗽。

辨证：寒饮阻肺。

治法：温肺散寒化饮。

方药：小青龙汤化裁。

桂枝10g　　麻黄10g　　细辛5g

法夏15g　　炒白术15g　　茯苓20g

白芍10g　　五味子10g　　干姜15g

炙甘草10g

上方1剂未尽而咳大减，3剂尽而诸证消失。即按吾师所嘱服成药调养，历4月而食欲倍加，体重大增，咳喘极少复发。偶发，以上方进退予服，效如桴鼓。

按：①本案辨症要点在病程长、舌淡苔润，四肢欠温。脉数是水气凌心，心阳搏击之象，故细而且紧，不可妄断为肺中伏热。②本方散寒宣肺，化饮降逆，加苓、术健脾行水，以竭痰饮之源，是标本兼顾，但仍以治标为重心。吾师3丸药才是培根固本之治。

（5）**肾失蒸腾，津气不化，温肾利水**。吾师指出，凡肾失蒸腾，而致膜膝津气不化者，其中心病理环节在肾阳虚衰。肾藏真火，主温煦蒸腾，对人体生长发育和水液代谢尤有特殊意义。肾阳充足则机体阳气沛然，水液蒸腾气化，清气升而精微布，浊阴降而废液去。肾阳虚衰则机体阳气索然，水夜清冷凝聚，膜膝津气不化，上干则眩，凌心则悸、犯肺则咳、内渗则泻，外溢则肿，诸症蜂起。导致肾阳虚衰的原因很多，最常见的有先天禀赋薄弱，后天水谷失养，长期房室不节，艰苦劳作负重，久为湿冷所侵，过服寒凉克伐之剂数端。但无论何种因素所致，只要阳虚津凝的病机一经形成，其治疗要点均为温阳化饮，利水荡浊。真武汤是最具代表性的奇效良方。

【病案举例】

眩　晕

刘某某，女，44岁。1993年2月27日以患高血压6年就诊。

自述：家族并无高血压病史，六年前夏天，自觉头昏

脑胀，初以为感受暑热所致，未十分留心，自购桑叶、菊花泡水喝，不仅毫无好转，且日渐加重，竟至头胀而痛，举步飘浮，急去区医院诊治，门诊病历记录B·P：20～22.67kPp，诊为高血压，从此长期服用萝卜麻叶片、天麻定眩丸等药，无法中断，停药即血压升高，旧病复发。

询知口淡，便溏，长期腰部软胀而痛，耳鸣心悸；观其形丰面白，舌胖苔润；查六脉弦缓。

本病初发之时，患者已年近六七，阳气衰于内而膜腠津气不化，又时当夏令，暑热逼蒸于外而膜腠津气膨胀，压迫脉管，发为高血压。阳虚是本，暑热是标。治当温阳行水，解暑化浊，而非单纯血管扩张类降压药所能根治，今虽岁越六载，其阳虚的基本病理只有加重而无改变．故治疗仍当以温阳化气行水为法，方宜真武汤。吾师进一步指出，若于本方中加桂枝以通阳化气，加泽泻以助利水之功，加川牛膝以导其血气下行，则其效更著。

诊断：眩晕。

辨证：阳虚湿阻。

治法：温阳利湿。

方药：真武汤加味。

干姜 15g　　白术 15g　　白芍 15g

茯苓 30g　　川牛膝 20g　　泽泻 20g

桂枝 10g　　制附子 30g（另包先熬60分钟）

上方服2剂，昼尿大增，夜尿反减少，眩晕消除，测得血压90～150mmHg．而且自觉精神清爽，四肢轻健有力。吾师嘱其2日1剂，再进10剂。追访半年，未再复发。

按：①以膜腠津气不化，脉管壁夹层浊阴潴留，压迫

脉管而释阳虚型高血压之病理。实吾师之首创。形象、深刻、很有说服力。②血压升高，是现象而不是本质，更不完全是阳气亢盛，不得一味清降潜镇。火热逼迫者有之，阴虚阳亢者有之，阳虚湿遏者亦有之，当辨证求因，审因论治。

吾师以膜腠三焦说为指导，解说病机，拟定治法，遣方用药，为许多疑难问题的解决提供了新颖、深刻、具体的理论依据，提高了辨证的精确度和用药的针对性，但膜腠病理改变是果不是因，即便在某些特定情况下也可反果为因，派生出别的病理结果来。但它仍然只是疾病过程中链锁病理反应的一个中间环节，其本仍在脏腑。故吾师深刻指出："治内伤所致膜腠病变，当以治杂病法为真诀，"确是至理名言。

参考文献

1. 山东中医学院，河北医学院，《黄帝内经素问校释》、北京，人民卫生出版社。1982 年 2 月版。

2. 河北医学院，《灵枢经校释》，北京，人民卫生出版社，1982 年 1 月版。

3. 叶霖，《难经正义》，上海，上海科学技术出版社，1981 年 12 月版。

4. 陈潮祖，《中医病机治法学》，成都，四川科技出版社，1988 年 5 月版。

5. 张介宾，《类经》，北京，人民卫生出版社，1980 年 4 月版。

6. 裴正学，《血证论评释》，北京，人民卫生出版社，1980 年 7 月版。

7. 张锡纯，《医学衷中参西录》，保定，河北人民出版社，1957 年 5 月版。

方剂学成就

吾师陈潮祖教授，作为一代方剂学名家，数十年孜孜不怠，精勤求取，终以《中医治法与方剂》、《中医方剂与治法》、《中医病机治法学》、等专著的形成，结出了丰硕成果，并在方理研究、方药运用、新方创制、方书编撰等各个方面树立了自己的独特风格。选收医方，以临床常用，疗效突出，结构独特为原则，无贵无贱，广收博采，纠正了重经方，轻时方，重书刊方，轻民间方的偏见；编撰方书，创以五脏病症为纲类方和从脏腑病机入手研究医方的新体例；辨析方义，注重方剂结构、用法、特殊性的疑点、难点、要点分析，把方理研究推上了由形入神的高度；阐明方用，强调方随法施，法因证立，证系于五脏，把理、法、方、药融为了一体；并集古今灵机巧变之实例，当代科研成果以及他自己的临证心得，对众多医方的临床运用作了切合临床实际的充实发挥，因而为当代，也为后世筛选并保存了一大批光辉灿烂的宝贵方药遗产。

一、无贵无贱　广收博采

前人收方，或重经方而轻时方，或以书刊所载为正统而鄙薄民间单方验方，观念上的偏颇，使得不少宝贵方药经验痛失不传。而吾师认为，方药只有作用不同，疗效优

劣的差异，绝无尊卑贵贱的区分。因此，在他所撰著的方书中，上起于秦，下迄于今，金匮密籍，石室秘藏，海外散珠，民间碎玉，凡至精至妙之方，无不广收博采。在吾师所著诸书中，被后世奉为“群方之祖”的仲景之方，采收逾百；经千百年临床锤炼的历代名家之方，选录近千；“凿石丸”得之科研；“木香蜈蚣散”拾自民间……无论经方、时方、书刊方、民间方，一以临床常用，疗效突出，结构独特三原则为取舍，因而使得古今名方毕集。为现实，也为将来的中医临床实践筛选并保存了一大批光辉灿烂的宝贵方药遗产。

二、不拘成法　革旧鼎新

吾师在方书编撰体例和方理研讨方面，从不为成法成说所拘，而以具体、科学为准绳。30年前，他精选历代名方，以五脏病证为纲，分析类例，撰成《中医治法与方剂》，完全突破了单纯以法类方的旧例，从而将方药与病症、病性、病位紧密联系在了一起，提高了遗方用药的准确性。十年前，吾师又以“辨证的关键在捕捉病机，论治的关键在确定治法”为指导，循是采精炼华，而有《中医病机治法学》酿成。此书虽不以方书名，实则方论并重，以讨绎制方用方之至精至微之理为主旨，至此，方理剖析始由形入神。正是这两部著作的问世，使得方书体例自此一新。

在方理研讨方面，对诸多方义，吾师都尽可能充分地将药理和病理紧密联系在一起，对方剂的临床效应作了深刻分析。如在辨析阳和汤方义时，吾师以药物作用点为契

机，揭示出全方从筋骨到血脉，从血脉到肌肉，从肌肉到腠理，从腠理到皮毛，层层温煦，层层开通，以化阴凝而布阳和的深刻道理，使本方作用原理得以透彻阐明。这与那些仅以君、臣、佐、使泛泛而论的方书相比，无疑具有更生动、更具体的说服力，确能令人耳目一新。

三、指要辨疑　理明法彰

吾师在辨析方义时，还特别注重对方剂结构、用法、特殊性作疑点、难点、要点的探讨和提炼。如在讲授小青龙汤时，即提出了“本方证病位在肺，与它脏有无联系?”“方中芍药作用是益阴还是养血? 还是解痉?”“方中并无利水药，何以能治水饮内停?”四个疑点和“本方证系肺失宣降以至气逆津凝而成，应联系肺脾生理分析水饮内停和气逆不降之理”一个重点；而在讲授真武汤时，则概括了七点启示；讲授补中益气汤时，总结了六个注意的方面……经过这样入微的分析讨论，确能使我们更准确地把握制方用方的所以然之理。

四、采精集粹　切于实用

吾师既是杰出的方剂学家，也是优秀的临床家，因而对方剂的临床运用十分重视，凡所收之方，都广采前人以及他自己的运用经验、现代科研成果，古今临床案例作了充实发挥。如在讲授小柴胡汤、真武汤时，均列举症候四十余种，加减化裁三十多条，其中近半是他个人的临证心

得，其余医方也大多采精集粹，作了类似的说明。所引方论，所举案例，都那么灵机巧变，那么切于实用，不仅极大地拓宽了原方运用范围，且能瀹学者性灵，精后生手眼。

五、方论举隅

兹举小柴胡汤、真武汤、麻黄附子细辛汤、小青龙汤、补中益气汤、阳和汤六方，以示吾师医方研究特点之概要。

（一）小青龙汤

小青龙汤出自《伤寒论》，特为肺失宣降，寒饮内停而设。其所体现的治法是宣肺降逆，温化水饮法。前人解说此方方理，均从解表涤饮立说，而吾师则以《伤寒论》所载本汤证虽有表寒之证，而《金匮要略》与本方相关之3条条文却无一言及表证为根据，分析本方并非专为表寒而设，于是从肺脾虚寒，津气失调阐述其理，使病理本质和方剂作用原理得到了更深刻的说明。他还提出了掌握运用本方的四个疑点、一个重点，从中医方理的角度为学习、运用、研究本方提供了新颖而又深刻的思路。

吾师指出，本方主要针对在肺失宣降、寒饮内停这一中心病机影响下的三类证候：①恶寒发热，无汗，咳嗽气喘，痰多而稀，苔润滑，不渴饮，脉浮紧者。②痰饮喘咳，不能平卧，无表证者。③肢体重痛，肌肤悉肿者而设。喘咳痰稀，为本方主证；肺失宣降，水饮内停，是此证病机；其余脉证，是辨证依据。他举《素问·咳论》："皮毛者，肺之合也。皮毛先受邪气，邪气从其合也。其寒饮食入胃，从

肺脉上至于肺则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳”之论，首先从病理上作了分析，指出小青龙汤证的病机与咳论之说，完全吻合。临证所见，其病变过程有下述两种情况：一是脾肺虚寒，脾寒不能散精归肺，肺寒不能敷布津液，于是水液凝聚为饮，壅阻于肺，肺的宣降失调，成为咳逆倚息不得卧的支饮；或因肺失宣降，津凝不布，水饮流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，形成溢饮。二是素体脾肺虚寒，一旦风寒束表，立即影响肺气宣降，水液敷运，形成外寒内饮病机。其证恶寒发热，无汗，为风寒外束引起营卫运行之机受阻的表证。风寒外束，肺气宣降失常，郁而不宣，逆而不降，遂生喘咳；影响津液敷布，水道通调，则水饮内停而痰多清稀。痰稀亦与脾胃虚寒不能输布津液，肾阳不足不能化气行水有关。

在探明病理的基础上，然后总结治法，阐明方理。肺失宣降，寒饮内停，肺气上逆而生喘咳，法当宣肺降逆，温化水饮。方中麻黄有宣降肺气，发汗解表，利尿行水三大功效；桂枝有温通血脉，解肌发汗，温肾化气三大作用。两药相伍，有发汗解表，通调营卫，降气行津之功，正合肺失宣降，气逆水停机理，故是主药。虽有麻桂宣上温下，若不温运中焦，则内停的水饮仍不能消除。故配半夏燥湿，干姜温脾，使脾能输津，肺能布津，肾能化气，则津行无阻而水饮可除。至于配伍细辛、五味降逆下气，芍药、甘草柔肝缓急，又专为气道挛急与肺气上逆的喘咳而设。此方八药同用，能够消除致病原因，调理五脏功能，流通气血津液，缓解气隧痉挛，故是宣肺降逆，温化水饮的奇效良方。

吾师强调指出：研究本方，须要弄清四个疑点，掌握一个重点。

疑点之一：方书仅据《伤寒论》条文的配有麻桂分析本方机理，谓是治疗表寒里饮之方，体现解表涤饮之法。今不从旧说而从肺失宣降，水饮内停分析此证机理，谓是宣降肺气，温化水饮之法，是否符合仲景原意？吾师以为，《伤寒论》所载虽有表寒证象，《金匮要略》三条却无一言及表证，可见本方并非专为表寒而设，只从表寒里饮分析，似有片面之嫌，从肺脾虚寒，津气失调阐述其理，才能揭示病变本质，也更符合仲景原旨。

疑点之二：本方证病位主要在肺，联系心脾肝肾等脏分析方义，是否牵强？吾师认为，此方所治病症，病位诚然主要在肺，但却涉及气失宣降，血运不利，水饮内停，气隧挛急四个方面的病理改变。卫气运行关乎肺，营血运行关乎心，水津运行关乎肺脾肾，气隧痉挛关乎肝。此方虽以治肺为主，却以桂枝兼调心营，通血脉，温肾阳，增强气化；干姜兼温脾阳，恢复脾运；芍药甘草柔肝缓急，解其痉挛，正好准确针对了本方证病理特点，若仅从肺系分析，《金匮》用本方治疗妇人吐涎的道理就难于解释了。

疑点之三：此方配伍芍药之理，方书或谓制诸药之燥，或谓养血调营，人言言殊，各执一词，今谓此药和甘草缓解痉挛以达止咳平喘目的，是否符合实际？吾师认为芍药甘草着眼于缓解痉挛是有充分依据的。综观仲景方书，缓解四肢拘挛疼痛的芍药甘草汤；治胸胁疼痛的四逆散、大柴胡汤；治腹中疼痛的当归芍药散，小建中汤；治上焦喘咳的小青龙汤；治下焦小便不利的真武汤，均有芍药。上

述各证归纳起来不外两类：一因经脉拘急而痛，一因经脉拘急而致气道或水道不利，都与肝所主的筋膜有关。芍药甘草为柔肝缓急之品，善解经脉痉挛。经脉痉挛解除，则五脏筋膜和柔畅利，气血津液运行无阻，故通过柔肝缓急可治五脏病变。本方配伍二药，其意正在缓解气道痉挛。

疑点之四：此方并不专用利水药物，何以能治水饮内停？《伤寒论》指出此方所治证候，是“心下有水气”；其或然诸证亦由水饮停蓄三焦引起。《金匮要略》更以此方治疗溢饮、痰饮、吐涎等证，看来水饮内停是本方的基本病理已无疑义。问题在于此方何以能治水饮内停？治病之要，在于治本，《内经》早有明训，只有以治本为主，兼治其标，本病才能获得较好疗效。水液在体内升降出入，靠的是肺气的宣降，脾气的输运，肾阳的气化。此方用麻黄宣降肺气，干姜温运脾阳，桂枝温通肾气，其治疗作用都集中在恢复三脏功能而令水津摄化强健，布运有力升降无阻，始无水饮再停之忧。而麻黄发汗行水，能使已停水饮从毛窍外出，由三焦下行，正是重在治标。这就是本方虽无专门利水药物却能治疗水饮停聚的所以然之理。

本方证是因肺失宣降以致气逆津凝而成，联系肺脾的生理功能分析水饮内停和气逆不降之理，应是本方重点。

对于本方的临证应用，吾师从《伤寒论》、《金匮要略》的不同示范作了分析，《伤寒论》运用此方有两条：①“伤寒，表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之”。此条既有恶寒发热，头痛身疼的表证，又有水气内停的干呕、咳嗽和或然五证。肺失宣降，脾失输运，水气内

停，射于肺则喘咳；犯于胃肠则干呕，或咽噎，或下利；脾不输津上承，则口渴而喜热饮；水道壅滞则小便不利，少腹满，一切表现都是肺脾津气壅阻证象。用此方外解表邪，内化水饮，表解饮蠲，诸证自愈。此条提示水饮内停是引起各种证象的病变本质，并以咳为主证。②“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已；渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。”咳而微喘，是水饮犯肺现象；发热不渴，是表寒里饮之征，由于心下有水气，故身虽发热而口不渴。服小青龙汤后反口渴，是心下的水气已消，胃中的寒饮已去，故谓“此寒去欲解也”。

《金匮要略》用此方有三条。痰饮篇：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”。饮流四肢而呈身体疼痛，当以汗解，本方有发汗作用，故用。“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之”。此条所述病症属于脾肺虚寒，不能输布津液，水饮内停，肺失宣降所致。说明水饮内停的喘咳，虽无表证亦可应用此方温化水饮，宣肺降逆。妇人杂病篇：“妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，当先治其吐涎沫，小青龙汤主之。涎沫止，乃治痞，泻心汤主之”。吐涎沫是脾肺虚寒不能输布津液之象，用此方温脾肺之寒，俾脾能散精，上归于肺，肺能布津，达于体表，通调水道，下输膀胱，则吐涎的证象自愈。

综合仲景用小青龙汤五条观之，此方所治虽有咳喘、身体重痛、浮肿、吐涎、干呕及或噎、或利、或小便不利、少腹满等肺脾肾三脏证象，其病机均与肺失宣降，寒饮内停有关。用此方可使水饮从毛窍外出，小便下行，邪去则正自安，故诸症得解。本方与温阳化气的真武汤相比较，此

方以治肺为主，兼治脾肾；真武汤以治肾为主，兼治脾肺，充分反映了方剂配伍中的协同作用和整体联系。

吾师还指出，后世在研究运用此方的过程中，不少学者见解深刻、论述精辟，对今天学习掌握此方很有启发意义，值得记取。如：

《方舆轨》谓："初学以小青龙汤为治咳之主方，然小青龙汤之专效在逐水发邪，盖此咳因水邪相激而发，故用此汤发其邪，则咳自止。"逐水发邪一语，是使用本方要领。

《医学统旨》用本方止"水寒相搏"的呃逆，寒甚者加附子尖。

《张氏医通》谓："肺感风寒，咳嗽倚息不得卧，背寒则嗽甚，小青龙汤。""冬月嗽而发寒热，谓之寒嗽，小青龙汤加杏仁。""入房汗出当风，嗽而面赤，《内经》谓之内风，脉浮紧，小青龙，脉沉紧，真武汤。""水肿脉浮自汗，喘嗽便秘，小青龙加葶苈、木香"等，都是十分宝贵的经验。

《金匮要略》用本方加石膏，治肺胀，心下有水气，喘咳烦躁，脉浮者。此方所治较小青龙汤多一烦躁证象，加入清热的石膏，一可清里热而除烦躁，二可制麻桂发汗力量，增强涤饮作用，则又为后世化裁运用本方作了优秀示范。

（二）麻黄附子细辛汤

麻黄附子细辛汤出自《伤寒论》，特为阳虚外感而设。其所体现的治法为助阳解表法。仲景以此治疗阳虚外感，身发热，恶寒甚，脉沉细，但欲寐之证。后世诸先贤及吾师

发挥运用，以此治疗素体阳虚，复又暴感寒邪，致令精气闭阻，清窍废用而成的暴盲、暴哑、暴聋等证，确有特殊疗效。吾师在研究此方时，将后世的这些突出成果，一一论列，使之与古圣心法交相辉映，共垂后世。

吾师首先详析本方证病理，认为本方证系平素阳虚而又外感风寒所致。表里俱寒是本方证中心病机；恶寒是表寒证象；表证脉当浮，此证脉不浮而弱，兼见神倦欲寐，是阳虚于里之徵；两组证状同时出现，自属表里俱寒。故神倦欲寐，脉象弱是本证的辨证要点。

吾师在详析病理的基础上，指出方中麻黄辛温解表，是治表寒证的主药。然而此证兼见神倦欲寐，脉象沉细等阳虚里寒证象，若单纯解表，不仅表不能解，且有可能因阳气耗散而成亡阳之变。故本方在用麻黄解表的同时，配辛热的附子以振奋机体元阳，而体现助阳解表法则。细辛辛温，既助麻黄辛散在表之寒，又助附子“温少阴之经，散水气以去内寒（张元素）”，有开通内外窍隧之功，麻附得此，使表里之寒得以尽去，阳气振奋而其病若失，确为治阳虚外感良方。

吾师进一步将本方同真武、五苓、越婢诸方对比分析，指出张仲景所开创的发汗与利水两大治疗水肿法门，本方兼而有之。少阴阳虚，气化失常而肿者，宜用真武汤、五苓散之类温阳化气，行水消肿；肺失宣降，水道壅滞而肿者，宜用越婢汤，越婢加术汤等宣肺行水，开源导流；若卫阳郁而不宣，肾阳衰而不振，既属太阳少阴同病，也属肺肾同病的水肿，则适宜运用本方。方中麻黄宣降肺气以散在表的阴邪；附子壮肾阳以化内郁的水气；配细辛以通

表里上下之气化，体现宣上温下，肺肾同治之法。水肿较甚，单用利水法难于获效者，可以此方治之。俾肺气开宣，表郁开解，肾阳得温，气化正常，则三焦通畅而水肿易消。与真武汤、五苓散合用尤佳。由于水肿表实，服用此方很少出汗，多见小便通畅。若见大便稀水亦绝非药误，而是肺的宣降功能和肾的气化功能恢复，即《素问·经脉别论》所谓"水精四布，五行并行"之象，是痊愈的徵兆。

或问：此方伤寒注家及方书均从阳虚外感、表里同治作解，而吾师从宣上温下作解，是否能够指导临床？吾师认为，此方诚属表里同治之方，但经历代医家实践证明，用此方治疗五官七窍，咽喉心肺诸疾，尤见效验。若仅从表里同治释方，便难与此类证候紧密联系。唯从宣上温下，肺肾同治解释，才能更有助于应用此方。

吾师将此方的临证应用归纳为五个方面，即：

1. 暴哑声不出，或咽喉疼痛异常，或咽中如有物阻（慢性咽炎）等证：审其确属阳虚里寒病机，投此可获良效。喉主通气与发音，为肺系组成部分，足三阴经皆过喉中。发生病变时，常见肿痛，呼吸不利、自觉梗阻、失音声嘶等症。究其成因，或因风寒犯肺，肺气不宣；或因温邪上受，久郁不散；或因少阳三焦湿热阻滞；或因少阴阳虚，气化不及，痰水上壅。此方所治的暴哑失音或咽喉疼痛，多因素体阳虚，一遇寒邪侵犯太少二阴，遂成肺气闭郁，宣降失常，气化不利，水湿阻滞少阴经脉机理。此外，热证过用寒凉转成此证者尤为多见，方中麻黄宣郁闭之肺气，行壅滞之水饮；附子温肾，以助气化，振心阳以畅血运；细辛专通少阴经脉，行三焦气痹，协助麻附开通上下，使肺

气得宣，血运畅达，津行无碍，咽喉无所阻滞，则暴哑、声嘶、疼痛等证可愈。若咽喉疼痛日久而致咽中如有物阻，吐之不出，咽之不下，是气血津液阻滞少阳三焦半表半里之象，用此方随证加入半夏、厚仆、郁金之属，调气活血，除湿祛痰，连服数剂，自然见效，与真武汤合用效验尤著。

2. 外感耳聋：肾开窍于耳，耳病多与肾脏有关。同时，手少阳三焦经脉沿耳后入耳中，出走耳前，与耳的关系亦颇为密切。由于少阳三焦是气机升降出入之所，水液运行之区，故气、津病变，均可通过三焦影响耳窍而耳鸣、耳聋、耳肿。若感冒风寒，误用寒凉，肺气闭郁不宣，肾命气化不行，气闭津壅，窍隧不利而致耳暴聋者，可用此方温煦少阴，开宣肺气，使津气升降出入恢复，则耳聋之证可愈。

3. 眼科疾患：瞳子属肾，目能烛物以明察秋毫，有赖肾精充足。若突然失精或精气闭阻，均可致暴盲。审属阳虚寒凝，肾精闭阻者，亦可酌用本方。某翁年逾半百，素体阳虚，时值初冬，冷水濯足后，当晚遗精，次日目盲不能睹物。与本方数服而愈。

4. 鼻塞流涕：多属肺气宣降失常，肾气温化不及，气郁津凝，壅阻鼻窍而成。此方麻黄宣肺行水，附子温阳化气，细辛辛通气机，与此若合符节，审属寒证，运用此方，可获良效。

5. 喘咳胸闷：肺为清虚之府，津气流通之所。一旦肺失宣降之常，津气壅阻于肺，则易成喘咳胸闷等症，此方麻、辛宣降肺气，附子温阳化气，津气运行无阻，肺功恢复正常，则咳喘胸闷等证可以缓解。故用于肺气肿或气胸

均有效。与真武汤合用，治肺病及心的咳喘心悸亦有一定疗效。

对本方加减化裁，吾师仅以前人成功经验作了示范性举例，即：附子细辛汤（《指迷方》）细辛 30 克，川芎 30 克，附子 15 克，麻黄 30 克。为粗散，每服 15 克，生姜三片，煎，去滓，温服。治风冷头痛，痛连脑户，或但额间与眉相引而痛，如风所吹，如水所湿，遇风寒则痛极，得热熨则痛可暂缓，其脉微弦而紧者。此由风寒人脑，与正气相搏使然。此方有温阳散寒之功，加入川芎，有行气活血之效，用于此证，可谓合拍。其余化裁，运用之妙，全在于心。

（三）真武汤

真武汤出自《伤寒论》，原为少阴阳虚，水湿内停而设。其所体现的的治法是温阳化气法。仲景以本方治疗阳虚误汗所致的发热、心下悸、头眩、身瞤动等症，范围尚较小，后世医家在临床运用中又不断扩展，吾师发挥尤多。因而在研究本方时，他从阳虚不能化气、阳虚不能化津，阳虚不能化血，阳虚不能化精立说，辨析病机，归纳治要，举述历代医家和他自已运用本方时的创造性发展，共四十余证，且多为疑、难、顽、怪之疾，本方的宝贵临床价值才得以充分展示。

吾师综古今之要，将本方适应证侯归纳为：少阴阳虚，水液失调，痰饮水湿，阻滞三焦而导致的多种病症。

1. 见于本脏：其人小便不利，或不通，或阴囊潮湿，或蓄水为疝，或带下清稀，或经淡如水，或遗精滑泄，或阳

痿不举，或体渐肥胖。

2. 滞留体表：肢体酸软，怯冷、重着、疼痛、浮肿；或阳气不足，表卫不固，而体常自汗，或过汗亡阳，或易于感冒，或风丹隐疹。

3. 脾肾同病，升降失调：腹满、腹痛、呕吐、泄泻、便秘。

4. 壅滞肝经：胁肋胀痛，头目眩晕，筋惕肉瞤，肢体痿废，呃逆。

5. 水气凌心：胸痹疼痛，心悸、怔忡，精神异常。

6. 水泛高源：或喘、或咳。

7. 上干清阳，壅蔽七窍：头部昏、胀、重、痛，头发脱落，记忆减退；或鼻塞流涕，或喷嚏连声，或视物昏花，或牙龈肿痛。

8. 气化不行，湿滞经脉：声音嘶哑，或咽中如有物阻，吐之不出，吞之不下。舌体淡胖有齿痕，苔白滑，脉沉迟。

他以自己的丰富临床体验为根据，肯定地指出，上列8个类型40余种症象都可使用本方，并无主证可言。少阴阳虚，水液失调，是所有证象的基本病理。舌体淡胖有齿痕，舌苔白滑，脉象沉迟则是确定诸证为少阴阳虚，水液失调的辨证依据。机体摄取水液后，由胃肠吸收，上输归肺，再经肺气宣降，使津液敷布于体表，下输于肾系。水液在体内升降出入，运行不息，全赖肾阳将水津蒸化为气，才能循三焦到达五脏六腑，四肢百骸，从而实现并维持“水精四布，五经并行”的正常生理状态。由此可知，水津能在体内升降出入，需具备两个基本条件：一需五脏的协同配合，一需少阳三焦为其通路。

少阴阳虚，或见阳虚不能化气，阳虚不能化血，阳虚不能化津，阳虚不能化精四类病变。本方所治诸证，主要反映阳虚不能化津的水液失调。但阳虚不能化气的心阳虚衰，表卫不固，筋脉失温亦较常见。阳虚不能化精的证象则间亦有之。

就气化不及的水液失调而言：反映了津液壅滞，升降紊乱，出入失常三类证象。肾系的小便不利，小便不通；体表的酸、软、重、痛、肿；肝系的胁肋胀痛，肢体痿废；心系的心悸、怔忡，精神异常；肺系的喘咳；七窍的蔽塞，都是津液变生为痰饮水湿，阻于各部的证象。肾系的阴囊潮湿，带下清稀；脾胃的呕吐、泄泻，都是津液升降紊乱的证象。体表的浮肿，自汗；脾胃的便秘，都是津液出入失常的反映。

就阳气虚衰反映的证象而言：肾阳为五脏阳气的根本，肾阳一虚，五脏均可受其影响，肾病及脾，可表现为中焦虚寒的腹痛；肾病及心，可表现为心阳虚衰的心悸、怔忡；肾病及肝，可表现为筋脉失温的筋惕肉瞤；影响肺系，可表现为表卫不固的易于感冒、形寒怯冷、体常自汗等症。

就肾阳不足，不能化精的病理而言：肾阳有化谷精为肾精，化阴精为阳气的功能。肾阳虚损，既不能将阴精转化为阳气，又不能将水津蒸化为水气，则湿浊下注。下注之湿浊，既扰动肾气，使封藏不力，又令精隧松弛，精关不固，于是阴精流失，而为带下、滑泄。若阳虚不能化谷精为阴精，则谷精凝结膜腠而似脂非脂；不能化水津为水气，则水津停积为浊液，“脂”凝液积，而渐成虚胖。

上述见证虽然气化不及都可出现，但并非气化不及所

特有，必须兼见畏寒怯冷，手足不温，舌体淡胖有齿痕，脉象沉迟等症，才是阳虚水停病机所致。其中舌体淡胖有齿痕，更是阳虚水停的辨证依据。因为，体内的气血津液是流动不息的。气血充足是正常生理现象，不会引起舌体变大，而水液属浊阴之质，最易壅滞，舌有齿痕是水湿壅滞的特异指征。此证舌淡且胖，自是阳虚气化不及引起的水湿壅滞。

阳虚不能化气，以致水湿停蓄，法当温肾阳以助气化，调五脏以复功能，利水道以疏壅滞，令已虚的阳气得温，已乱的功能得复，已滞的水湿得行，才能从根本上解决这一矛盾。如果不明此理而唯利水是务，是治标而非治本，必愈利而正气愈伤。故本方用辛热的附子以壮肾阳，肾命阳气旺盛，则气化行而浊阴自利；用生姜温胃散水，白术运脾除湿，脾胃健运，则水有所制，生姜还可辛开肺气，启上闸以开水源；用茯苓淡渗利水，通调三焦，导浊外出；用芍药通顺血脉，解除经隧挛急，调理肝的疏泄，开水液下行去路。

吾师特别强调指出，发汗利水为治水两大法门。此方用生姜，是借其辛散以宣通毛窍，温化之中不忘达邪出表，实寓两法于一药，若换为干姜，温运脾阳之力虽强，却失去原方本意。

此方治疗水邪为患而不强调用利水药，主要通过恢复五脏功能的协同作用，特别是振奋脾肾的生理功能以达到治疗目的，充分体现了治病求本的精神。

他还就此方所治诸证和所用诸药提出了以下几点启示，

第一，要谨察病机，不能只看表面现象，应该以证象为依据去推求病理，揭示病变本质。

第二，要注意不同证象的本质完全一致，相同证象的本质又各不相同这一辨证关系。

第三，同一病机而证象可见于五脏所属任何部位的，只有气血津液发病后涉及范围才如是广泛。由于气血津液是五脏功能活动的物质基础，发病后自然也就可以危害五脏。

第四，气血津液为病的证象甚多，是与它的流通道路——膜腠三焦遍布全身分不开的。津气以腠理为通路，血液以脉络为通路。脉络与三焦无处不有，所以津液变生的痰饮水湿可以停于任何部位，并因停滞的部位不同，证象也就有别。

第五、津液的输泄与肺脾肾三脏的功能正常与否相关。三脏中任何一脏的功能失调，都可使水湿停滞三焦。肾脏的气化不及，自然要影响水液的生化输泄而表现为病态。

第六、在五大系统中都有相反的证象，如体表的肢体浮肿与体常自汗，脾胃的泄泻与便秘，肝系的四肢痿废与筋惕肉瞤，七窍的鼻塞与流涕等。虽然证象完全相反，但病变的本质相同，仅有水湿阻滞，出入失常，升降紊乱的区别。

第七、方中附子温煦少阴，复肾命气化之常；白术运脾除湿，复脾胃运化之职；生姜宣降肺气以布散水津，茯苓淡渗利湿以通调水道，芍药柔肝缓急以调理肝的疏泄。五药同用，兼顾肾阳的气化，心阳的温煦，脾胃的运输，肺气的宣降，肝气的疏泄，三焦的通调。全方结构反映了体内水液运行有赖五脏协同作用的整体观思想在方剂配伍法

度中的具体运用。通过此方协调五脏功能，可以恢复水液的正常输泄。由于以温化阳气为主，故是治疗阳虚水泛的有效名方。

此方以温肾助阳，化气行水见长，因而临床应用范围较广，凡阳气不足，以及因阳虚引起的水液失调诸证，无论证象见于何脏，均可运用。

吾师临证运用此方最为生动活泼，综其要，约有以下数点：

1. 前列腺肥大：以小便不利、不通为主证。中年以后，阳气渐衰，气化不及，水湿停滞，从少阳三焦下注前阴，形成前列腺肥大，压迫尿路，以致小便困难，审其舌体淡胖，吾师用此方化气行水，无不立效。若因湿热或气虚下陷，则非本方所宜。

2. 肾病水肿：吾师用本方加入人参、鹿茸益气温阳，桂枝、桃仁、丹皮之属，改善血运，肾功可望逐渐恢复，水肿亦随之消退。陈某，58岁，重庆某军工干部，85年患肾炎，86年因肾功衰竭水肿住院医治数月无效，求治于吾师，因其舌体淡胖，吾师以此方加人参、桂枝、桃仁、丹皮治之，连服三月，肾功基本恢复，水肿消退，于87年2月出院，现已7年，三度检查肾功，均正常。

3. 遗精滑泄：因湿随三焦下注前阴，扰其精室，有如强盗踞室，主人外窜者，吾师用此方化气行水，令湿不下注，滑泄可愈。四川大学哲学系学生李某，滑泄无度，每周必遗泄四五次，求治于吾师，吾师观其舌淡而胖，以此方加牡蛎治之，数服而愈。

4. 肥胖病：多因肾阳虚损，既不能化谷精为肾精，又

无力化水津为水气，于是“脂”凝液积而形体肥胖，此证多见于中年以后，但亦有青年即患此症者。周某，婚后一年，体形发胖，渐至步履艰难，不能劳作。求治于吾师，吾师以此方加泽泻治之，数十剂后，体态逐渐正常，体力亦渐恢复。

5，阳虚感冒：此证多见于阳虚或表虚病人，气候稍有变化，即直接影响水液失调，而变生清涕、咳喘、眩晕诸证者，可用此方治之。通过振奋阳气，调理水液，可以收到良好的治疗效果。吾师素体阳虚，每患感冒即以此方加当归、黄芪，一二剂即愈。盖表虚太甚，不仅不能解表，还须固表，才能杜绝邪气的不断侵袭。方中附子用至60克，干姜用至30克，始能见效。

6．自汗：多由过汗亡阳或产后阳虚所致，吾师用本方加黄芪、当归、人参、五味子、牡蛎温阳益气，固表敛汗，多获良效。某女医，暑天产后自汗不止，自拟桂枝汤调和营卫，无效。求治于吾师，因见舌体淡胖，为书此方加上药数剂而安。

7．风丹：属于表卫阳虚，遇冷即发者，用此方加当归、黄芪、桂枝、甘草、大枣（即桂枝汤、真武汤、当归补血汤三方合用）效佳。1980年春，宜宾812厂职工××，患风丹，每发即昏倒，两度住院，仍未根治，吾师以此方加当归、黄芪、甘草、人参治之，数剂而安，未再复发。

8．风湿：关节不红不肿，或只肿不红，疼痛，遇寒加剧，属于寒湿型者，吾师以本方加麻黄、桂枝、细辛、防己、川芎，效佳。

9．风湿性心脏病：面色晦暗，咳嗽喘息，面浮，重者

不得卧，脉结代，吾师多以本方加防己、黄芪、桂枝，增强行水之功。如喘不得卧、自汗出者，加人参、五味子益气固表。

10．高血压：眩晕头痛，耳鸣心悸、行动气急，夜尿增多，舌淡胖有齿痕者，吾师以本方加牛膝、桑寄生、泽泻治之效佳。刘某，女，56岁，宜宾县人，1976年患高血压，头昏不能站立，观其体胖舌淡，吾师以此方加牛膝、泽泻、桂枝治之。服10余剂后，血压下降，诸症痊愈，数年来病情无反复。

11．冠心病：证见心痛，短气、心悸、自汗，吾师以本方加瓜壳、薤白、半夏通阳宣痹。四川人民出版社，某编辑，1973年，患冠心病，观其舌体淡胖，吾师用此方加味治之，二月而安，十余年来，未见复发。

12．肺原性心脏病：咳嗽、气喘、心悸、吐痰清稀，口唇发绀者，吾师用本方加陈皮、半夏、桂枝、细辛、五味子，温阳化气，祛痰行水，并将生姜换为干姜，常能改善症状。若病情严重，心悸、气喘、不得平卧，尿少身肿，下肢尤甚，面色灰暗，舌体淡胖，苔滑腻，脉弱者，吾师多以此方与五苓散同用。

13．心力衰竭：心悸、气喘，畏寒怯冷，尿少，面色苍白，全身浮肿，舌淡苔白，脉沉或结代者，吾师每将本方中生姜换为干姜。并加桂枝、泽泻增强温阳利水功效，加人参增强附子的强心作用。

14．心动过缓：心率每分钟仅50次以下，审其舌体淡胖者，吾师用本方加人参补益心气，生姜改干姜效佳。

15．阵发性心动过速：发时心率每分钟在100次以上，

未发时每分钟不到60次者，吾师认为可以放胆使用本方。宜宾吴某，50余岁，每月必患心动过速1～2次，发时心率每分钟竟达160次左右，每次数小时。患者平素嗜茶，年来已不欲饮，是水气凌心之象，吾师先以真武汤合己椒苈黄丸温阳逐饮，继单服真武汤，愈后未再复发。

16．小儿麻痹：证见患肢不温，或较健侧稍冷，沉重不用，疼痛，食欲减退或正常，舌淡苔白滑，脉沉细，病程较长者，吾师以此方与舒筋活血的牛膝、当归、红花、丹参之类配伍。连服数月，有一定疗效。

17．精神异常：气血津液郁滞，皆可导致精神异常，水饮痰湿引起精神异常尤为常见。因痰浊或湿热而致者，人皆易晓，因少阴阳虚，水湿壅阻而致者，则少有知者。吾师审其舌脉证象确属阳虚，往往投此获效。亦可加入甘遂，增加逐水力量。

18．慢性咽炎：以咽中如有物阻为主证，系气郁津凝，阻于咽部的病理现象。不偏寒热者，吾师用半夏厚朴汤降气逐痰；阳虚湿滞者，吾师用此方合麻黄细辛附子汤以宣上温下，连服数剂，可望获效。声音嘶哑，亦用此法。

19．视物昏花：目能视物，端赖精血充足，故养血填精似已成为治疗视物昏花定法。其实，水湿壅滞令人昏花尤为常见。须知湿滞眼底，犹如水气蒙镜，故尔视物模糊，如雾如烟，如蚊蝇飞舞。若系湿热，宜用三仁汤、甘露消毒丹之类清热除湿；若系痰浊，可用温胆汤之类除湿祛痰；不偏寒热，可用当归芍药散以养血调肝，健脾除湿；若系阳虚气化不及，即宜用真武、五苓之类化气行水。湿能令人昏花，古人已经注意到了这一病理影响的客观存在，观驻

景丸中配伍车前仁即其配伍实例。

20. 头发脱落：适用于湿阻皮下，毛窍闭塞，发失营养的脱落。此方有温阳行水之功，水行则窍隧通畅，营卫流行，发自得养，本方对阳虚湿滞的发落可以阻其复落。

（四）小柴胡汤

小柴胡汤出自《伤寒论》，原为邪踞少阳病机而设。其所体现的治法为和解法。仲景对本方的运用已颇为丰富，后世又不断发展、扩充，迄今，本方所适应的病症以及加减化裁均不下数十种。吾师之前，所有方书均未作全面总结，系统研究，唯吾师始从源到流，择其精要，并结合自己丰富的临床经验，对本方作了深入、全面、系统的总结，现辑要归纳如下：

吾师明确指出，小柴胡汤所针对的是邪在少阳半表半里的病症。并进一步深入分析少阳包括手少阳三焦经和足少阳胆经，此方所治，侧重于手少阳三焦经病变。手少阳三焦由膜原和腠理组成，是阳气升降出人之所，水液运行之区。若平素正气不足，腠理不密，风寒由表人里，踞于少阳，必然影响卫气的升降出人，水液的运行敷布，胆汁的输泄流通，筋膜的和柔活利，成为病态。邪犯少阳，运行于三焦的卫气欲祛邪出表，外人的风寒欲胜正人里，邪胜正负，阳气内郁则恶寒；正胜邪负，阳气外达则发热，正邪分争，相持不下，遂成往来寒热

口苦、咽干、心烦、发热等症，是阳气为邪所郁，不能疏达于外，气郁化热所致，这是气的病理改变。邪踞少阳，津液流通受阻，三焦湿郁，升降失司，以致小便不利，

凌心而悸，犯肺而咳，上干清阳而眩晕，内侵胃肠而食减、呕逆，这是津的病理改变。邪从三焦内归胆府，胆经气郁，胆道不利，胆汁流通受阻，遂呈胁下痞硬、胀满、疼痛，这是胆系的病理改变。膜原是三焦的组成部分，邪犯少阳，亦影响筋膜的和柔而呈目眩、干呕、项强、疼痛等症，这是组织结构的病理改变。综上可见，本方证既有基础物质发生病变的气郁津凝证象，也有组织结构失去和柔的的挛急、紧张证象；有手少阳三焦证象，也有足少阳胆经证象；有少阳兼厥阴证象，也有胆胃不和证象；有上焦心肺证象，也有下焦肾系证象。病本虽在少阳，证象可以见于五脏。

此证有正气不足与邪气侵袭的病理同时存在，治宜扶正祛邪；有半表之寒与半里之热的病理同时存在，法当表里同治；有气郁化热与津凝为湿的病理同时存在，理当寒温共用；有清阳不升与浊阴不降的病理同时存在，又宜升降并调。采取上述治疗措施，使正气旺盛，邪气得除，表邪得解，里滞得疏，郁热得清，湿邪得化，清气得升，浊阴得降，而三焦和调。此种结构所体现的治法，不同于汗、下、温、清诸法，它能使表里、寒热、虚实、升降和调，故谓之和解少阳。

针对上述病理，吾师指出：柴胡是治少阳要药，有疏畅气机，升发阳气，透邪达表，解除郁热之功，本方用此以透达少阳半表之邪，发泄气郁所化之热，疏畅三焦气郁之胀，升发郁结不升之阳，作用全面，用量独重，自是方中主药。黄芩有清肺胃肝胆之功，与柴胡配伍，则柴胡能舒展阳气而消除发热之源，黄芩清泄肝胆而专解已郁之热，半夏燥湿运脾，生姜温胃散水，三焦湿郁而独取中焦者，是

因中焦为水液升降枢纽，人参、甘草、大枣大补元气，配入方中，可防范邪气入里，增强祛邪药效而为督阵之师。七药同用，共奏和解少阳之效。

有柴胡疏散半表之邪，黄芩清泄里热，姜夏燥湿行津，是表里同治法的体现；有柴胡、黄芩之凉以清解郁热，半夏、生姜之温以燥湿行津，是寒温共用法的体现；有柴、芩、姜、夏祛邪，人参、草、枣扶正，是扶正祛邪法的体现；有柴胡升发清阳，姜、夏降泄浊阴，是升清降浊法的体现。全方将和解表里，平调寒热，升清降浊，通利三焦，扶正祛邪诸法融为一体，其治疗作用点可以表、里、寒、热、虚、实、升、降、津、气十字概之。

由于少阳三焦是联系表里上下，五脏六腑之枢，津气升降出入之路，本方结构又系寒热并用，补泻兼施，所以此方用于临床也就可表、可里、可温、可清、可升、可降、可补、可泻。若从三焦论治，则上焦气郁津凝的咳、悸、昏、眩，中焦津气逆乱的食少、呕逆、便秘，下焦气郁津凝的疼痛、尿少，皆能治之。以此方进退化裁，可治气郁、津凝、液阻（如黄疸）、失血等证，用途十分广泛。正如清代医学家章楠所说："仲景分六经病证，各有主治之方。如桂枝汤、小柴胡同为和剂，而桂枝专和营卫，为太阳主方；柴胡专和表里，为少阳主方，以其各有部位深浅不同也。小柴胡汤升清降浊，通调经腑，是和其表里以转枢机，故为少阳之主方。"

本方的临证应用，仅《伤寒论》及《金匮要略》所载即有 19 条之多，后世又将此方广泛用于内、外、妇、儿、五官各科，内容极为丰富。吾师博综古今，并结合自己的

运用心得作了合符临床实际的归纳、解释，很有参考价值，兹整理于后，以广其用。

1. “伤寒五、六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁不痞硬，或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热，或咳者，小柴胡汤主之”。吾师认为此条反映了五脏上下表里各部的证象，若不联系手少阳三焦分析，则难以作出合理的解释。

2. “血弱气尽，腠理开，邪气因入，与正气相搏，结于胁下。正邪分争，往来寒热，休作有时，嘿嘿不欲饮食，脏腑相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也，小柴胡汤主之”。吾师分析此条说明的几个问题时指出：其一，平素气血不足，腠理不密，邪气才能乘虚而入。其二，寒热往来是邪气与正气相搏，正邪分争的病理反映。其三，“脏腑相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也”，是指胆经与脾胃相连，胆经有邪，可以引起腹痛和呕逆等脾胃病变。是仲景论述本汤证病机及胆胃不和的条文。

3. “伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之”。吾师指出，颈项强而身热恶风，似桂枝汤证，胁下满，则非桂枝汤证矣！故用此方和解少阳，流通津气，柔和筋脉。

4. “伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤，不差者，小柴胡汤主之。”吾师辨析，本方所治的腹痛，病在胆胃，疼痛部位当在剑突或肋缘下。初起难分寒热，可先用温中补虚，柔肝缓急的小建中汤，从中焦虚寒，肝木克土论治；不效，再用本方清热利胆，开郁行津，

从胆经湿热论治；若寒热错杂，可用柴胡桂枝汤。

5.“妇人中风，七、八日，续得寒热，发作有时，经水适断者，此为热入血室。其血必结，故使如疟状，发作有时，小柴胡汤主之”。吾师点明，肝藏血，血室即指肝脏而言。肝胆同体，用此方疏利枢机，可使内陷之邪仍从表解，其血不结，寒热如疟症状可愈，此条示人以脏病治腑之法。

6.“阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤”。吾师指出，大便溏，小便自可，说明二便通利，二便通利而发潮热，胸胁满不去，自是气郁津凝于胸胁使然，故用本方疏通少阳津气。

7.“阳明病，胁下硬满，不大便而呕，舌上白苔者，可与小柴胡汤”。形成便秘的机理甚多，热盛伤津，肠中燥结，舌苔黄燥者，可用承气汤类寒下；寒冷积滞，肠失传导，舌质淡嫩者，可用温脾汤类温下；阴虚肠燥，燥屎不行，舌红少苔者，可用增液汤类润下；师谓此证便秘而见苔白，是气郁津凝之象，既非寒下所宜，又非温下所对，润下更在禁列，唯投小柴胡汤疏畅三焦津气，可使津气和调于五脏，洒陈于六府。庶无燥结之忧。这种便秘以三、五日一行，经年如此，别无所苦为特点。胁下硬满则是使用本方依据。

8.“本太阳病不解，转入少阳，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤”。胁下是肝胆部位，胁下硬满而干呕不能食，往来寒热，自是少阳病无疑。

9.“诸黄，腹痛而呕者，宜柴胡汤”。师谓无论何种黄疸，只要兼见腹痛、呕吐、均可暂用本方疏利三焦，通调

胆经。

10. “伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”。此条说明只要病机属于邪在少阳，见到一证即可使用本方。

吾师综合仲景使用小柴胡汤条文，有胸胁苦满的九条；呕或干呕的八条；腹痛或胁痛的七条；不欲食的六条；往来寒热的四条。指出往来寒热，胸胁苦满，胁痛或腹痛，呕或干呕，不欲饮食，是小柴胡汤的主证。此外，眩晕、项强、发热、潮热、发黄、头汗、咳嗽、心悸、小便不利，不大便诸证象，偶亦有之。

11. 咳嗽：《苏沈良方》云：“元祐二年，时行无少长皆咳。本方去人参、大枣、生姜，加五味子、干姜各半两，服此皆愈。时常上壅痰实，只依本方，食后卧时服，甚妙”。此方治疗咳嗽，仲景原已提及，却未引起后世医家的普遍重视，能治咳嗽之理，注家亦每语焉不详。须知咳嗽虽然病标在肺，病机却不限于肺脏，故《素问·咳论》指出：“五脏六腑皆能令人咳，非独肺也。”师称引起咳嗽的基本病理与运行于少阳三焦的津气有关，津气的盈虚都能影响肺的宣降功能，气郁津凝，尤为常见。一旦某一脏腑功能失调，引起运行于少阳三焦的津气逆乱，壅滞于肺，肺失宣降，则变生咳嗽。此方有升清降浊，利气行津之功，使三焦津气和调，肺的宣降功能恢复，则咳嗽立止。他用此方去人参、大枣、生姜，加干姜、细辛、五味子、茯苓（是苓甘五味姜辛汤与本方合用），治疗久咳不愈，每获良效。由此可见，调气行津才是治疗咳嗽的关键。

12. 《张氏医通》说：“凡咳嗽，饮水一二口而暂止者，

热嗽也，呷热汤而暂停者，冷嗽也。治热嗽以小柴胡汤加桔梗；冷嗽，理中汤加五味。”又谓：“胆咳之状，咳呕胆汁，小柴胡加芦根汤主之。”

13．失血：杨仁斋《直指方》于本方加乌梅，用“治男女诸热出血”。此方能治出血，绝非偶然，实有理论为其依据。吾师强调：出血原因虽多，却以肝经有热，迫血妄行；肝不藏血，疏泄太过；卫气虚损，血失统摄三种机理最为常见。血热妄行，宜清肝止血；疏泄太过，宜敛肝止血；气不摄血，宜益气摄血，此方恰好集三用于一体，而面俱到。方中黄芩为清肝要药，血因热迫而妄行，得此可收清热止血之功；人参、草、枣能补益元气，使元气充盛于脉外，阴血自能安守于脉中，气不摄血而血溢者，得此可收益气摄血之功。加酸敛的乌梅以调理肝的疏泄，又能体现敛肝止血之法。杨氏将治少阳气郁津凝之方，变为止血之法，是善用古方的实例。若欲增强清热力量，可加青黛、栀子、地榆、大黄之类，若欲增强收敛止血力量，可加龙骨、牡蛎、白及之类；若欲增强益气摄血力量，可加黄芪、白术；若系寒热错杂，附子亦可加人，灵活变化，存乎一心，唯智者可以神乎其技。

14．体虚感冒：外感风寒，吾师以本方去人参，加荆芥、防风、葛根，疏解三阳之表；外感风热，去人参、生姜，加银花、连翘、板蓝根。（则细菌感染与病毒感染皆宜）

15．反复感冒：良由卫气虚损，腠理不密，以致今日治愈，明朝又患，反反复复，没完没了。吾师用本方加黄芪益气实卫，防御外邪侵袭；加附子温煦下焦阳气，令卫气生生不息；加白术健脾益气，令卫气源泉充盛，则腠理固

密。

16. 发热：吾师从临床历验中总结出本方用于发热，柴胡剂量宜重，大于人参一倍始有退热作用。若与人参等量，退热疗效不显。欲增强清热解毒之功，可加人蒲公英、败酱草、金银花、板蓝根之类。

17. 乳房肿痛：兼见寒热呕恶，昏晕，口苦、咽干、两胁胀痛者，师称本方加蒲公英、青皮、白芷之类，清热解毒，疏肝理气，疏泄风热，疗效甚佳。

18. 乳癖：乳房肿块胀痛，每随喜怒消长，伴有面色无华，眩晕，舌淡，苔白，脉弦者，可用本方加瓜蒌、当归、赤芍涤痰、散结、活血。

19. 颈部包块：兼见红肿拒按，发热恶寒，舌红苔黄微渴，食少，脉弦数者。吾师以本方去人参、大枣，加栀子、胆草、生地、前仁、泽泻、木通、当归、夏枯草，甚者，大黄亦可加入。

20. 痫证：经脑电图检查，为“异常脑电图”；患者无规律的出现突然昏倒，不省人事，牙关紧闭、两眼上视，口吐涎沫，面色青紫，或兼见头昏、困倦、嗜睡、记忆减退，神情呆钝，烦躁不安，失眠、善惊（兼证不必悉具），即可诊断为痫证。吾师以本方与桂枝汤合用。偏热者，本方去生姜、甘草、大枣，加丹参，龙骨、牡蛎、石菖蒲、钩藤、黄连、琥珀、蝉衣、羚羊角之类。此系筋膜发生病理改变，本方有调气行津之功，加人熄风解痉，开窍安神之品，才与病机吻合。若证情偏寒，则宜原方加龙骨、牡蛎、全蝎、蜈蚣之属。

21. 妊娠子痫：此为肝血不足，胆火上炎，枢机不运，

下虚上实，用本方加熟地、龟胶滋阴养血，柔和筋脉。

22. 肝气郁结，痰郁为癫：证见面色淡白，精神抑郁，表情淡漠，神志痴呆，时而喃喃独语，时而焦虑不安，时而哭笑无常，舌苔白腻，或兼两边微黄，脉象弦滑者。此属思虑太过，肝气郁结，少阳枢机失运，痰气互结，阻蔽神明，以致精神异常，发为癫病。吾师以本方加菖蒲、远志开其蔽阻，启其神明，疗效显著。

23. 月经来潮，癫狂即作：此为热入血室，瘀热上犯神明，吾师用本方加丹皮、赤芍、桃仁、焦栀、焦楂，清解郁热，凉血化瘀，或加大黄、攻逐瘀血，疗效甚佳。

24. 胃脘胀痛，掣及两胁：此为少阳胆热内郁，迫及胃腑所致。吾师用本方加青皮、枳壳、木香、槟榔之属，行气破结，胀痛自消。

25. 目赤肿痛：此为邪热郁于少阳经输，清窍壅阻，白睛赤脉多在外眦，吾师多用本方加蒺藜子、荆芥、夏枯草疏散风热，或加车前、木通之类淡渗利湿。

26. 眼生翳膜：眼疾多与肝胆相关，若因气虚胃弱，少阳升发无力致生翳膜者，可用本方加羌活、防风、川芎、白芷，疏泄风邪，升发阳气。

27. 目眩昏朦：三焦为津气升降出入通道，若少阳枢机不利，玄府闭塞，精气阻滞，清阳郁遏，则目眩昏朦，可用本方加枸杞，生地、女贞、羌活、蒺藜等药运旋枢机，开通玄府，敷布精血而获效。

28. 风丹：本方加僵蚕、蝉蜕、防风、茯苓。

29. 痄腮：本方加板蓝根、僵蚕、赤芍、牛蒡子、夏枯草。

30. 眩晕：以头晕眼花，如坐舟车，时欲呕吐，动则尤甚为主证，可用本方加龙骨、牡蛎；若因外邪相加，应加疏风散邪之品。眩晕一证，有因气虚清阳不升而致者，当用补中益气汤合生脉散益气升阳；有因痰饮水湿占据阳位，蔽阻清窍而致者，当用真武汤、五苓散、吴茱萸汤、术附汤、泽泻汤、蒿芩清胆汤之类化痰浊以开壅蔽；若气虚清阳不升与浊阴僭居阳位两种病机同时存在，上述诸方均有顾此失彼之嫌，吾师认为，此方补虚升清，除湿降浊，最与病机相合。湿浊甚者重加白术、泽泻。眩晕为神气浮动之变、若加入镇静的龙、牡，更能提高疗效。用治外感诱发的美尼尔氏综合征，疗效可靠。

31. 子午头痛：每逢子午二时，头痛、眩晕不适，过则诸证若失，吾师认为此为阴阳失调，升降逆乱，其升无制，其降无约所致，可用本方加川芎、白芍调治。

32. 妊娠恶阻：肝胃不和，本方加吴萸、黄连、白蔻；肝郁血虚，加当归、白芍、白蔻；肝热脾虚，加茯苓、白术、砂仁。

吾师还进一步总结指出，小柴胡汤是扶正祛邪，表里同治，寒温共用，升降兼调的结构。自仲景伊始，临床以本方为基础加减化裁，衍生的不少著名医方，展示了侧重于表、里、寒、热、虚、实、升、降、上、中、下、气、血、津、液各个方面的变化规律。

1. 柴胡桂枝汤《伤寒论》：柴胡 15g，黄芩 7g，半夏 12g，生姜 7g，炙甘草 5g，大枣 6 枚，桂枝 7g，芍药 7g。治小柴胡汤证具而兼见肢节烦疼者；加重芍药剂量，治肝胃不和的上腹部痛，疗效亦佳。此即小柴胡汤与桂枝汤的

合方。体现汗法与和法合用的配方法度，是少阳兼表的变方。日本汉医，每用此方治疗痛证。

2. 柴胡加芒硝汤（《伤寒论》）：柴胡12g，黄芩5g，半夏4g，生姜5g，人参5g，炙甘草5g，大枣4枚，芒硝10g。前七味水煮，汤成去渣，纳芒硝，微煮一沸，分2次服。治小柴胡汤证而苦满难解者；或胁下有坚块者；或潮热不去，大便不通者。芒硝有软坚散结，泻热通便之功，故对上述证候有效，这是偏里的变方。

3. 柴胡桂枝干姜汤（《伤寒论》）：柴胡24g，桂枝9g，干姜6g，栝蒌根12g，黄芩9g，牡蛎6g，炙甘草6g。治汗下后，胸胁满，小便不利，口渴心烦，但头汗出，往来寒热者；《金匮》以此方治疟疾，其证寒多热少，或但寒不热。谓服一剂如神。此方治虐，若将桂枝改为肉桂，疗效更佳。这是偏寒的变方。

4. 柴胡建中汤（《圣惠方》）：柴胡12g，半夏12g，生姜12g，人参9g，甘草9g，大枣10枚，白芍24g，桂枝12g。治腹痛恶寒者。若自汗、恶风、腹痛、发热者，亦主之。此方去清热的黄芩，加桂枝温散寒凝，白芍柔肝解痉，是肝脾同治，偏虚寒的变方。

5. 镇青丸（《保命集》）：柴胡15g，黄芩15g，半夏12g，生姜12g，甘草6g，人参10g，青黛10g。为细末，姜汁浸，蒸饼为丸，每次服20克。亦可作汤剂服。治呕吐，头痛，有汗，脉弦。此即小柴胡汤去大枣，加清肝、凉血、解毒的青黛而成。用治肝胆火旺，上攻头痛，犯胃呕吐之证，确有疗效。用治血热妄行的出血亦佳，但大枣不宜去，因为大枣能够兼顾血小板减少的出血。这是偏血分有热的变方。

6. 柴胡陷胸汤（《通谷伤寒论》）：柴胡5g，黄芩10g，半夏15g，黄连3g，栝蒌仁25g，枳实10g，桔梗5g，生姜汁4滴。治少阴证具，胸膈痞满，按之痛。此方有涤痰泄浊，开结宽胸之功，痰热结胸之证，投此有效，这是偏痰热的变方。

7. 柴胡芪附汤（自制方）：柴胡12g，黄芩9g，半夏12g，生姜9g，甘草6g，大枣9g，人参9g，黄芪30g，白术12g，制附子15g。水煎服。治反复感冒，经久不愈。是因腠理不密，藩篱不固所致。此方人参、甘草、大枣大补元气，能使表卫气充。加益气实卫的黄芪，能够防止卫气外泄；加健脾燥湿的白术，温阳化气的附子，能使谷气与元气的化源旺盛，共奏开源节流之功，用治表虚不固的反复感冒，能收祛邪扶正，实卫固表之效。其作用较玉屏风散犹胜一筹。这是偏气虚的变方。

8. 柴胡四物汤（《保命集》）：柴胡9g，黄芩9g，半夏9g，生姜9g，甘草6g，当归12g，生地15g，白芍24g，川芎9g。治邪陷厥阴，寒热如虐，胸胁窜痛，至夜尤甚者。此证多见于妇女经期，故用四物养血调经，小柴胡汤和解少阳，体现脏腑同治法，也是偏血虚的变方。

9. 参胡清热饮（《圣惠方》）：柴胡12g，黄芩12g，半夏12g，生姜9g，人参15g，甘草10g，大枣20g，麦门冬10g，五味子10g。治脉虚弱，发热，口渴不饮水者。是小柴胡汤与生脉散合用。有清解郁热，益气生津之功。对热病津伤，心力衰竭之证，投此有效。脉虚弱是心气虚损的辨证关键。这是偏津气两虚的变方。

10. 加减小柴胡汤（《外感温热篇》）：柴胡10g，黄芩

10g，半夏 10g，生姜 6g，甘草 6g，桃仁 12g，生地 24g，犀角 6g，丹皮 12g，楂肉 12g。治热入血室，经水适来，神志狂乱。吾师用此方去犀角，加青黛、芒硝、大黄增强泻热逐瘀之功，治疗神志错乱的狂证有效。这是偏热、偏实、偏血分的变方。

11. 柴胡加芦根汤（《张氏医通》）：即本方加芦根 60 克。治胆咳，咳呕胆汁。咳是主证，咳而呕吐胆汁，说明病标在肺，病本在胆。根据治病求本原则，当从胆治，令胆经无病，津气和调，咳嗽可止。故用本方和解少阳，加芦根清热渗湿，降逆止呕，兼和肺胃，成为肝胆肺胃同治之方。这是兼上焦气逆的变方。

12. 柴平汤（《医方考》）：柴胡 13g，黄芩 9g，半夏 9g，生姜 6g，甘草 6g，苍术 12g，厚朴 12g，陈皮 9g，茯苓 15g。治寒热往来，四肢倦怠，肌肉烦疼者；或食欲不佳，脘痞腹胀，呕恶便溏，复往来寒热者。此方加入燥湿、芳化、淡渗药物，成为和解少阳阳明，湿重热轻之良剂，这是偏中焦津壅的变方。

13. 清脾饮（《济生方》）：柴胡 12g，黄芩 9g，半夏 12g，生姜 9g，甘草 6g，青皮 9g，厚朴 12g，草果仁 6g，白术 12g，茯苓 15g。治寒热往来，寒重热轻，胸膈痞闷，不能饮食，苔白滑，或白腻，脉濡缓者。此方运脾化湿力量很强，这是兼治湿浊阻于中焦的变方。

14. 柴苓汤（《金镜内台方义》）：柴胡 20g，黄芩 12g，半夏 12g，生姜 9g，人参 9g，甘草 6g，大枣 12g，白术 15g，茯苓 15g，赤茯苓 15g，泽泻 20g。治发热烦渴，脉浮弦而数，小便不利，大便泄利者。偏于热的名协热下利，加炒

黄连、白芍。此方合五苓散而成，有疏畅三焦气机，通调水道之功，这是偏下焦水湿壅滞的变方。

15. 柴胡枳桔汤（《通俗伤寒论》）：柴胡7g，黄芩7g，半夏7g，生姜5g，枳壳7g，桔梗5g，陈皮7g，雨前茶5g。治邪在少阳，往来寒热，胸胁痞满，或痛、或呕、或咳，扶正力量不足，宣畅气机作用为之增强。是偏气滞的变方。

（五）补中益气汤

补中益气汤出自《脾胃论》，特为中气不足、清阳下陷而设。其所体现的治法为补中益气，升阳举陷法。东垣以此治疗脾胃阳气下陷的烦热、头痛恶寒、渴喜热饮，而脉象洪大无力之证。后世进一步扩充，用来治疗便血、崩漏、脏器下垂、久疟、久痢、自汗、反复感冒、小便淋漓、失禁、不通，及一切清阳下陷之证。吾师在研究本方时，广收博采，并深刻分析了学习运用本方的六个要点，于临床很有参考价值。

吾师深刻指出：此方所治一切证候，其内在病机都是中气不足，清阳下陷。反映了气虚不荣，气虚不固，气虚不摄，气虚不举，气陷不升，气郁不舒六类证象。脾胃为后天之本，气血生化之源，饮食劳倦，脾胃受伤，生化不及，中气有亏，于是声低息短，少气懒言，无气以动，动则心悸气喘诸症见矣！中气不足，卫气随之亦虚，表卫不固，于是畏寒怯冷，自汗头痛诸症见矣！气有统摄津血作用，中气不足，气不摄血而血从窍隧外出，则便血、崩漏见矣；气不摄津而阴津下流，则久泻、久痢、尿频、失禁诸症见矣！中气不足，清阳下陷，无力升举，于是脏器下

垂而阴挺、脱肛等症见矣！清阳下陷，阳气不能上头，清空失养，则目眩、耳鸣诸症见矣！阳气内郁而不外达，下陷而不上升，于是身热、自汗、口渴等假热症象见矣！上述六类见症，前三类是中气不足的病理改变，后三类侧重于清阳下陷。

《素问·至真要大论》说："劳者温之……损者益之"，"下者举之"。病由脾虚气弱而发，当以甘温药物温养脾胃，补益中气；此证不仅气虚，且呈清阳下陷，治宜双管齐下，一面补中益气，一面升阳举陷，使脾气充则卫气有源，清阳复位则诸证自愈。方中黄芪补肺气，实皮毛，益中气，升清阳，对于气虚不足，表卫不固，清阳下陷之证，可以全面兼顾，故是主药。人参能补下焦元气，壮脾胃谷气，益上焦肺气，得白术、炙草相助，则生机旺盛，卫气有源，与黄芪同建实卫固表，补中益气之功。升麻升发中焦脾阳，柴胡升发下焦肝气，协助黄芪共奏升阳举陷之效。佐陈皮醒脾利气，使补气而无气滞之弊；当归养血调肝，温煦少阳春升之气，既各有专司，又相互协同。

学习此方，吾师强调应该注意以下几点。

1. 此方所治一切病证，均属气虚下陷机理，涉及内外上下各个部位和气血津精各个方面，证象虽殊，本质却是同一的，其临床运用，充分反映了治病求本的原则和异病同治的特点。

2. 本方所治病证虽因中气不足引起，却应联系少阳三焦才能阐明所有机理，因为气虚的病理影响是行于少阳三焦的卫气，气陷的病理影响也是行于少阳三焦的卫气，如果仅从脾胃解释，则不能揭示内外上下不同病理反应与脾

胃的深刻联系。

3. 此方能治气虚下陷，阳郁不达的假热证象。有热象而用甘温之品，故称甘温除热。假热的机理不同，治亦各异。营卫不和而致者，调其营卫，令卫气与营气和谐，则热象自除，桂枝汤、小建中汤主之。大量失血，血虚气无所依，浮越于外而发热者，实卫固表，兼以养营，使阳气内归，则热象自除，当归补血汤主之。肝失疏泄，阳气内郁而长期低热者，疏达气机，阳气伸达则热象自除，逍遥散、柴芍六君汤主之。此因阳气布张无力，陷而不升，郁而不达，形成假热，用此方益气升阳，使清阳复位则假热自除。由此观之，甘温除热一法，是为卫气不和、外浮、内郁、下陷者设。若阴盛格阳而呈真寒假热，宜投辛热的干姜、附子以益火消阴；阴津亏损，阴不制阳而发热，宜投咸寒清润的玄麦地黄以养阴配阳；三焦湿郁，阳为湿遏而发热，宜投芳化淡渗之品以辟秽化浊。虽然都呈热象而治法悬殊，都不能称为甘温除热。

4. 东垣所制当归补血汤、升阳散火汤、补中益气汤诸方，常为后人称道，但其说理欠通，令人难解，此方即是一例。所谓发热是因“元气不足而心火独盛”，“脾胃气虚则下流于肾，阴火得以乘其土位”云云，不仅令人费解，且易混淆发热概念。果如所言，此证是因“心火独盛”，“阴火上乘”，岂有又用升阳的升麻、柴胡助其上升之理？

5. 或谓：此证发热是因“湿浊下流，郁遏下焦阳气”所致。果如所言，无湿则不发热矣！而临证使用此方的指征却恰好相反，只有纯虚无滞，才可放胆而投，若挟湿邪，服后反增胀满。可见，湿浊下流，郁遏下焦阳气之说不可从。

本方虽也能治湿浊下流的久泻、久痢；水道失调的小便不通、淋沥、失禁等证，却是气不升举所致水液下流，本质并非气为湿遏。

6. 柯韵伯谓："是方也，用以补脾，使地道卑而上行；亦可以补心肺，损其肺者益其气，损其心者调其营卫也；亦可以补肝，木郁达之；惟不宜于肾，阴虚于下者不宜升，阳虚于下者，更不宜升也"。柯氏之说亦不尽然，小便淋沥，失禁，尿血，崩漏，子宫脱垂，都是肾系病变，却有宜于此者。

对于本方的临证应用，吾师认为，中气下陷常表现为在外、在内、在上、在下四个方面的气虚下陷，津液不固，营血外溢，阴精不守证象。因而从气分病变，血分病变，津液病变，精液病变、脏器下垂，禁忌六个方面进行了总结。

1. 气分病变：是气虚下陷本身反映出来的证象。

气虚生热：中气下陷，阳气内郁，可以呈现身热、自汗、渴喜热饮、脉大而虚等假热证。用此法升举下陷之阳，使清阳上升，阳气外达，则热象可除，此即甘温除热的道理之一。

反复感冒：卫气有固护体表，防御外邪侵犯的作用。卫阳既虚且陷，不能卫外，所以常患感冒。通过益气升陷，可使阳气充沛外达，表卫得固，自无反复感冒之忧。

头痛、目眩、耳鸣：气虚下陷，清阳不能上头，津血也就不能濡养清空，空窍失其温煦和濡养，所以出现上部诸证。故《灵枢·口问篇》说："人之耳鸣者，何气使然？耳者，宗脉之所聚也，故胃中空则宗脉虚，虚则下溜，脉有所竭者，故耳鸣"。用此方可以获效。吾师指出：头痛当

以绵绵而痛，时痛时止，遇劳则发为指征；目眩当以血压偏低为指征（可与生脉散合用）；耳鸣当以兼见其它气虚下陷症状为辨证依据，否则不可妄用。妄用则或气逆乱，或邪正相干，变证百出。

便秘、腹胀：中气虚损，胃肠传导乏力而致便秘；或因无力推动运行，因虚而滞，因滞而呈腹胀，用此可使脾气健运，传导正常。此种阻塞不通证候而用补法治疗，体现的是塞因塞用，塞中寓通的治疗方法。

四肢不用或十指与面部麻木：有脾虚证象的；或用本法补中益气，俾气充则四肢得荣，头面得养。但应与湿浊阻痹证候相鉴别，无湿方可投之。

2. 血分病变：气能摄血。气虚且陷，血失气摄，可见便血、尿血、血崩、肌衄。此法因有益气升陷，实卫固表作用，所以尤宜于下窍及体表出血。

3. 津液病变：津随气行。气充则津液内守，气虚则津液外泄；气升则津液亦升，气陷则津液下流。设若气虚下陷，可呈津液外泄和下流证象。

自汗：《张氏医通》谓："脾虚而自汗者，壮其中气"，可以使用本方。令卫气充盛则津固而不外泄。

小便不通、小便淋沥：是气虚下陷，湿浊随气下趋，引起水液失调的病理改变。可在此方的基础上加茯苓、泽泻、木通、车前仁之类以升清降浊。

小便频数、失禁：是气虚不能摄津与阳虚不能化气的综合反映。可用本方加温阳化气的附子，固精敛气的山药、五味子。

久泻：《张氏医通》谓："久泻谷道不合或脱肛，乃元

气下陷，大肠不行收令而然，补中益气加柯子、肉果、五味、乌梅。便后常有精出，乳汁自出等症，用此益气摄精，可以获效。

4. 脏器下垂：包括阴挺、脱肛、肾下垂、胃下垂、胞睑下垂等证。可用此方加燥湿化浊的苍术、半夏、砂仁、枳壳，或固涩药物，提高疗效。

5. 禁忌：吾师认为张景岳对此方的禁忌，说理最为透辟，概括最为全面。其谓："表不固而汗不敛者不可用；外无表邪而阴虚发热者不可用；阳气无根而格阳戴阳者不可用；脾肺虚甚而气促似喘者不可用；命门火衰而虚寒泄泻者不可用；水亏火亢而衄血吐血者不可用；四肢厥而阳虚欲脱者不可用。总之，元气虚极者不可泄，阴阳下竭者不可升"。确属至理名言。

（六）阳和汤

阳和汤出自《外科证治全生集》，原为阳虚寒凝，血滞痰阻而设。其所体现的治法为温阳通滞法。王洪绪及其后学以此方治疗一切阴疽、附骨疽、流注、鹤膝风等症，无不卓有良效。但其作用原理，吾师之前，却无人勘透。唯吾师始从药物作用层次入手，由骨髓到血脉，到肌肉，到腠理，到皮毛作了由里达表的透辟分析，从而为本方的现代临床运用铺平了理论认识的道路。

吾师明确指出，此方为治疗阴疽、流注的主方。并从病理角度分析，阴疽发于筋骨，以患部漫肿无头，皮色不变，也不发热为特征，属于少阴阳虚，寒凝血滞，痰湿内阻机理。少阴心肾，一主血脉，一主水液，阳虚不能温煦

血脉，化气行水，若遇邪侵，邪从寒化，着于筋骨、血脉、腠理，遂致血滞痰阻，成为阴证。

治疗阳虚寒凝，血滞痰阻而成的阴疽，法当和阳通滞：此证病程较长，日久不愈，水谷精微多不化生为血而凝结成痰，不仅需要和阳通滞，亦需补血滋阴。故本方重用熟地黄以滋阴补血，填精补髓；鹿角胶补血益精，温肾助阳。二药相伍，则鹿角胶得补阴的熟地黄而有充足的物质基础供其生化；熟地黄得补阳的鹿角胶才有旺盛的阳气使之化育，是阳中求阴、阴中求阳的治疗思想的生动体现，此二药着眼于虚。肉桂擅长温肾助阳，通利血脉，化气行水，血得此而温和流畅，津得此而气化蒸腾，不致血郁津凝则阴疽之病根拔矣！姜炭温运脾阳而温煦肌肉，白芥子祛皮里膜外之痰而宣通腠理，麻黄宣通阳气亦即宣通毛窍，如此配伍，从筋骨到血脉，从血脉到肌肉，从肌肉到腠理，从腠理到皮毛，均有温药层层温煦，层层宣通，以化阴凝而布阳和。阳气布护，阴血流通，水津无阻，则阴疽等证得愈。此五药着眼于滞。方中鹿角胶、熟地黄得姜、桂、芥、麻之宣通，则补而不滞；麻、芥、姜、桂得熟地、鹿胶之滋补，则宣发而不耗气，温阳而不伤阴，相辅相成，相得益彰。配伍甘草有解毒而和调诸药之意。方中熟地宜重用，目的在于滋阴养血。鹿角胶亦可改用鹿角霜，既能祛其瘀滞，又能补血补阳。用麻黄的目的不在解表发汗而在通阳，故用量宜轻。肉桂亦可改用桂枝，温阳功力虽然稍逊，但温通血脉的力量较强。

对于本方的临证应用，吾师不仅全面继承前人经验，将其概括为证见患部不红、不热、漫肿、酸痛、脉细的一切

阴疽、贴骨疽、流注、鹤膝风等病变，而且还扩充了现代运用的范围，指出近代用本方治疗骨结核、腹膜结核、慢性骨髓炎、骨膜炎、慢性淋巴结炎、类风湿性关节炎、血栓闭塞性脉管炎、肌肉深部脓疡等属阴证者。

本方对于血虚寒盛之慢性气管炎，慢性支气管炎哮喘、妇女痛经、慢性关节炎、运用恰当，亦有突出疗效，则又多属吾师数十年发挥运用本方的个人经验之谈。

参考文献

1. 陈潮祖，《中医病机治法学》，成都，四川科学技术出版社，1988 年 5 月第一版。

2. 张璐，《张氏医通》，上海，上海科学技术出版社，1963 年 8 月第一版。

3. 杨士瀛，《仁斋直指方》，上海，上海古籍出版社，1991 年 4 月第一版。

4. 王怀隐等，《圣惠方》，北京，人民卫生出版社，1959 年 1 月第一版。

5. 愈根初，《通俗伤寒论》，上海，上海上海科学技术出版社，1959 年 2 月第一版。

6. 苏轼、沈括，《苏沈良方》，北京，人民卫生出版社，1959 年 6 月第一版。

7. 汪昂，《医方考》上海，大东书局，1937 年 1 月第一版。

8. 许宏《金镜内台方义》，上海，上海卫生出版社，1957 年 5 月第一版。

9. 严用和，《济生方》，北京，人民卫生出版社，1956年8月第一版。

10. 王维德，《外科证治全生集》，北京，人民卫生出版社，1956年10月第一版。

11. 张机，《伤寒论》、《金匮要略》（中医大专院校全国四版统编教材），北京，人民卫生出版社，1994年8月第四版。